

# Effectiveness of Resiliency Training on Quality of Life and Resiliency in Prisoners of War

## ARTICLE INFO

### Article Type

Original Research

### Authors

Isanejad O.<sup>\*1</sup> PhD,  
Haydarian M.<sup>2</sup> MA

### How to cite this article

Isanejad O, Haydarian M. Effectiveness of Resiliency Training on Quality of Life and Resiliency in Prisoners of War. *Iranian Journal of War & Public Health*. 2020;12(1):1-9.

<sup>1</sup>Family & Nurture Psychopathology Research Department, Humanities & Social Science Faculty, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran

<sup>2</sup>Counseling Department, Humanities & Social Science Faculty, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran

### \*Correspondence

Address: No: 111, Humanities & Social Science Faculty, University of Kurdistan, Pasdaran Avenue, Sanandaj, Iran. Postal Code: 6617715175  
Phone: +98 (87) 33664600  
Fax: -  
o.isanejad@uok.ac.ir

### Article History

Received: May 02, 2019  
Accepted: November 13, 2019  
ePublished: March 17, 2020

## ABSTRACT

**Aims** One of the important psychological dimensions of prisoners of war that in most societies can be threatened and often overlooked, is their quality of life, resilience and flexibility of these people. The aim of present study was to investigate the effectiveness of resiliency training on quality of life and resiliency in prisoners of war.

**Materials & Methods** In this semi experimental study with pretest-posttest design with control group and follow-up session (after 2 months) in 2017, 30 prisoners of war in Divandarreh city, Kurdistan province were selected by simple random sampling method and randomly assigned into experimental and control group (each group 15 people). The experimental group received resilience training for 10 sessions, but the control group did not receive any training. Data were gathered by Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) and the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) and analyzed using SPSS 18 software and multivariate analysis of covariance and one way analysis of covariance.

**Findings** At posttest and follow-up stages, the mean scores of resiliency and psychological, social and environmental domains of quality of life were significantly higher in the experimental group than the control group ( $p=0.001$ ), but there was no significant difference between the two groups in physical domain scores of quality of life ( $p>0.05$ ).

**Conclusion** Resiliency training can have a lasting and stable impact on improving the quality of life and resilience in prisoners of war.

**Keywords** Education; Prisoners of War; Resilience; Quality of Life

## CITATION LINKS

[1] The implications of war captivity and ... [2] Where nothing happened: the experience ... [3] Later life disability status following ... [4] Positive adjustment among American ... [5] The prisoner of war ... [6] Universe, human immortality and future ... [7] Eating disorders and quality of life: a review ... [8] Quality of Life Therapy: Applying a life satisfaction approach ... [9] The encyclopedia of positive ... [10] Cohort differences in the marriage-health relationship ... [11] Health-related quality of life--an ... [12] Lifestyle and health-related risk factors and risk ... [13] Eating disorder symptoms and comorbid ... [14] Developing a benefits counseling website for Veterans ... [15] Mental health and somatic symptom severity are ... [16] Evaluation of epidemiology of chronic disease in ... [17] Spirituality as a resiliency quality in Xhosa-speaking ... [18] Be happy: The role of resilience between ... [19] The impact of resilience among older ... [20] Understanding resilience. Front Behav ... [21] The metatheory of resilience and ... [22] The association of resilience and age in individuals ... [23] A systematic review of resilience in the ... [24] Relationship between resilience and quality ... [25] A review of medical experiences of Sepah in ... [26] Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide ... [27] Effects of social support, hope and resilience on ... [28] Quality of life, vulnerability and resilience: A ... [29] Measuring the effectiveness of resilience ... [30] The efficacy of group awareness training of premenstrual ... [31] Improving mental health and quality of life through ... [32] Development of a resilience Fostering program ... [33] Psychological resilience in OEF-OIF Veterans: Application ... [34] Exploration of the resilience construct in ... [35] Development of a new resilience scale: the ... [36] Resilience and quality of mothers with mentally ... [37] The World Health Organization's WHOQOL ... [38] Development of the world Health organization ... [39] The World Health organization quality ... [40] Fostering family resiliency: a review ... [41] Resilience in aging ... [42] Psychological resilience and Intrinsic ... [43] Ordinary magic: resilience processes ... [44] Support for caring and resiliency among ... [45] Resiliency and religious orientation factors ... [46] Gender differences in aspects of psychological ... [47] A comparison of resiliency, marital satisfaction ...

## اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهبود کیفیت زندگی و تاب‌آوری آزادگان

امید عیسی‌نژاد \* PhD

گروه پژوهشی آسیب‌شناسی خانواده و تربیت، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

منصور حیدریان MA

گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

### چکیده

**اهداف:** از جمله ابعاد مهم روان‌شناختی آزادگان که در اغلب جوامع می‌تواند تهدید شود و در بیشتر مواقع نادیده گرفته شود، کیفیت زندگی، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری این افراد است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی آزادگان انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** در این پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری (دوماهه) با گروه کنترل که در سال ۱۳۹۶ انجام شد، ۳۰ نفر از آزادگان شهرستان دیواندره، استان کردستان به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش، برنامه آموزش تاب‌آوری را به مدت ۱۰ جلسه دریافت کرد، ولی گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویسسون (CD-RISC) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی- فرم کوتاه (WHOQOL-BREF) مورد استفاده قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 18 و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تحلیل کوواریانس یک‌راهه انجام شد.

**یافته‌ها:** در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، میانگین نمرات تاب‌آوری و حیطه‌های روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی در گروه آزمایش از گروه کنترل به‌طور معنی‌داری بیشتر بود ( $p=0/001$ )؛ اما بین دو گروه از لحاظ نمرات حیطه جسمی کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد ( $p>0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** آموزش تاب‌آوری می‌تواند بر ارتقای کیفیت زندگی و تاب‌آوری آزادگان تأثیری مثبت و پایدار داشته باشد.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش، آزادگان، تاب‌آوری، کیفیت زندگی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۲/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۸/۲۲

\* نویسنده مسئول: o.isanejad@uok.ac.ir

### مقدمه

اسارت در دوره‌های مختلف تاریخی و همزمان با بسیاری از جنگ‌ها رخ داده و یکی از وحشتناک‌ترین آسیب‌های ساخته دست انسان است که برای یک مدت مشخص اعمال می‌شود. در این مدت، خشونت‌های شدیدی بر فرد اسیر وارد می‌شود که از آن جمله می‌توان به شکنجه روانی، گرسنگی، تحقیر، انزوا و سایر تکنیک‌هایی که باعث ایجاد درد روحی و جسمی و محرومیت از نیازهای اساسی می‌شود، اشاره کرد<sup>[1]</sup>. بنابراین اسارت، تجربه‌ای است که نه تنها ناخوشایند است، بلکه به‌نوعی اختلال‌برانگیز و آشفته‌کننده نیز به شمار می‌رود<sup>[2]</sup>. اسارت اثرات ماندگاری در جسم و روان اسیران، خانواده‌های آنان و حتی یک ملت بر جای می‌گذارد. عوارضی که از دوران اسارت به جا مانده است، اثرات این دوران را ماندگارتر می‌کند.

همه بحران‌ها به‌ویژه جنگ اثرات طولانی‌مدتی را بر زندگی اجتماعی انسان، بلاخص آزادگان می‌گذارد<sup>[3]</sup>.

کینگ و همکاران<sup>[4]</sup> در پژوهشی، الگوی عوامل موثر بر سازگاری مثبت در اواخر زندگی را آزمایش کرده‌اند که طی آن ویژگی‌های جمعیتی ۵۶۷ نفر پیش از اسارت، پس از آن و سه دهه پس از آن بررسی شده است. این مطالعه نشان می‌دهد که سن، سطح تحصیلات و شکنجه‌های جسمی در زمان اسارت با پیرایشانی‌های روانی مرتبط هستند و سازگاری کمتر را در سه دهه پس از آن نشان می‌دهند. شکنجه‌های جسمی نیز اثر سودمندی داشته است و آن، افزایش ارزیابی مثبت تجربه‌های نظامی در اواخر زندگی بوده است. نتایج نشان داد که منابع شخصی سنین بالاتر و تجربه‌های نامطلوب اوایل زندگی می‌تواند اثراتی بر طول زندگی داشته باشد و بر کیفیت زندگی به شیوه‌ای مثبت و منفی تأثیر می‌گذارد.

*اورسانو و راندل*<sup>[5]</sup> اسارت را به‌عنوان یک آسیب تعریف می‌کنند که می‌تواند پیامدهایی را به‌طور همزمان و نیز پس از پایان دوران اسارت در قالب عوارض روانی در بر داشته باشد. اما نکته قابل توجه این است که در رابطه بین اسارت و این عوارض روانی عوامل فراوانی مانند حمایت‌های اجتماعی، متغیرهای فرهنگی و شخصیت خود افراد نیز نقش ایفا می‌کنند و تجربه‌های متفاوتی از اسارت را برای فرد اسیر رقم می‌زنند.

از جمله ابعاد مهم روان‌شناختی افراد آزاده و جانباز که در اغلب جوامع می‌تواند تهدید شود و حتی در بیشتر مواقع نادیده گرفته می‌شود، کیفیت زندگی، سلامت روان‌شناختی و تعارض آنها با امور شغلی و خانوادگی است<sup>[6]</sup>.

عوامل تنش‌زای پس از جنگ را نمی‌توان جدای از ویژگی‌های شخصیتی همچون اعتمادبه‌نفس، عزت نفس، خوش‌بینی، امید و همچنین وضعیت زندگی فرد همچون رفاه اقتصادی، پذیرش اجتماعی و کیفیت زندگی در نظر گرفت. به عقیده جنکینس و همکاران<sup>[7]</sup> از جمله دلایل افسردگی جانبازان و آزادگان، کیفیت زندگی پایین، آسایش و وضعیت اقتصادی-اجتماعی ضعیف آنان است.

کیفیت زندگی یکی از بنیادی‌ترین مفاهیمی است که همسو با سلامت روان مطرح شده است. با بهبود کیفیت زندگی می‌توان به ارتقای سلامت روان افراد کمک کرد. کیفیت زندگی، احساسی از رضایت یا عدم رضایت در مورد جنبه‌های مختلف و مهم زندگی است و حوزه‌های روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی را در بر می‌گیرد<sup>[8]</sup>. کیفیت زندگی با تصویری که فرد از خود دارد، نقطه‌نظرات، مواضع و طرز فکرش درباره زندگی تعریف می‌شود<sup>[9]</sup>.

مفاهیمی که برای فهم کیفیت زندگی به کار می‌روند، شامل خشونددی و ناخشنوددی، شرایط و چگونگی زندگی، شادکامی و ناشادمانی، تجربه زندگی و عواملی مانند آسایش، وضعیت عملکردی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، استقلال و شرایط محیطی هستند. نتایج بسیاری از پژوهش‌ها حاکی از آن است که بین سطوح افسردگی، اضطراب و استرس با کیفیت زندگی رابطه منفی

پیش‌بینی کیفیت زندگی (QOL) است [25]. نتایج پژوهش مسکوویرو و همکاران [26] نشان داد که رابطه مثبتی میان دینداری درونی و ویژگی‌های تاب‌آوری روانی وجود دارد. لی و همکاران [27] در پژوهشی نشان دادند که حمایت اجتماعی، امید و تاب‌آوری روی هم رفته باعث تغییر در کیفیت زندگی شده و به‌طور چشمگیر و مثبتی بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند. فاوسی و همکاران [28] با مطالعه جمعیت آسیب‌دیده در سونامی سریلانکا نشان دادند که تاب‌آوری، تأثیر چشمگیری بر کیفیت زندگی افراد در شرایط دشوار دارد.

نتایج پژوهش *آیدلخانی* و *حیدری* [29] نشان داد که برنامه آموزش تاب‌آوری بر ارتقای کیفیت زندگی همسران جانبازان اثرگذار است و نیز برنامه آموزش تاب‌آوری بر ارتقای سلامت روان همسران جانبازان اثر معنی‌داری دارد. نتایج پژوهشی [30] نشان داد که آموزش تاب‌آوری می‌تواند باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان ناباور شده و سلامت روان‌شناختی آنان را بهبود بخشد. نتایج پژوهش مومنی و همکاران [31] نشان داد که برنامه آموزش تاب‌آوری بر ارتقای سلامت روان مادران دارای اختلال یادگیری اثر معنی‌دار دارد. پژوهش *کاو* و همکاران [32] نیز نشان داد که برنامه افزایش تاب‌آوری بر مولفه‌های کیفیت زندگی والدین، اثرگذار است.

همان‌طور که اشاره شد، یکی از مصائب انسانی جنگ است و از عواقب آن جانبازی و ایثارگری است که به تحقیقات چندی در این زمینه اشاره می‌شود. بررسی تاب‌آوری روانی در آسیب‌دیدگان جنگ عراق نشان داد کسانی که تاب‌آور هستند نسبت به دیگران که این ویژگی را ندارند وظایف فعالانه‌ای داشته، در اختلالات روانی نمره کمتری می‌گیرند، مشکلات روانی- اجتماعی اندکی دارند، درک بیشتری از اهداف کنترل دارند و از حمایت خانوادگی بیشتری برخوردار هستند [33]. بررسی ساختار تاب‌آوری و شدت اختلال پس از ضربه (PTSD) و عملکرد مجروحان واقعه ۱۱ سپتامبر ۲۰۰۱، نشان داد که تاب‌آوری به‌طور منحصر به فردی با کاهش خودکشی، مشکلات سوء مصرف الکل، کمترین میزان افسردگی و شدت علائم، شکایت اندک درباره سلامتی و طول مدت زندگی و کمترین مشکلات پزشکی در یک سال گذشته رابطه داشته است. این نشان می‌دهد که تاب‌آوری ساختاری دارد که نقش مهمی در ایجاد PTSD و علائم مرتبط با آن در آسیب‌دیدگان بازی می‌کند [34].

بنابراین با توجه به این که تاب‌آوری با بهداشت روانی، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی مرتبط است و جنگ مساله‌ای مهم در بهداشت عمومی جامعه است که تلفات و ویرانی‌های سنگین ناشی از آن معمولاً منجر به اثرات پایدار درازمدت بر جسم و روان افراد می‌شود و همچنین این که ایران در دوران جنگ متحمل خسارات شدیدی در بعد انسانی شده است، اهمیت رسیدگی به وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی و تاب‌آوری آزادگان و خانواده آنان لازم و ضروری است که در این راستا تحقیقاتی صورت نگرفته است، لذا این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهبود کیفیت زندگی و تاب‌آوری آزادگان انجام شد.

وجود دارد و برعکس سطوح بالای کیفیت زندگی و امید با خودارزشمندی، تفکر مثبت، سلامت جسمانی و روان‌شناختی و روابط اجتماعی بالا رابطه مثبت دارد [10]. امروزه دیگر کیفیت زندگی به مفهوم نبود بیماری، اختلال یا ناتوانی تعریف نمی‌شود، بلکه منظور از کیفیت زندگی، رضایت درونی و احساس رفاهی است که فرد نسبت به حوزه‌های مختلف زندگی خود دارد [11].

نتایج تحقیقات متعددی که در رابطه با سلامت جسمانی و روان‌شناختی کهنه‌سربازان و جانبازان و آزادگان صورت گرفته، نشان می‌دهد که این افراد در حوزه‌های مختلف زندگی از جمله خواب [12]، خوردن [13]، کیفیت زندگی [14] و کیفیت ارتباط با اعضای خانواده [15] دارای مشکلات عدیده و قابل توجهی هستند.

بررسی کیفیت زندگی جانبازان اعصاب و روان نشان داده است که از میان ابعاد کیفیت زندگی، فعالیت فیزیکی وضعیت متوسطی دارد و سایر ابعاد به‌ویژه ابعاد روانی کیفیت زندگی بسیار پایین است. افزایش سن این افراد تهدیدی برای افت کیفیت زندگی آنان است و بازنشستگی پیش از موعد، کیفیت زندگی آنان را تهدید می‌کند [16]. تاب‌آوری یکی از سازه‌های مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر است که احساس بهزیستی را در افراد، تحت تأثیر قرار می‌دهد. امروزه تاب‌آوری در حوزه‌های بهداشت روانی و روان‌شناسی تحولی، جایگاه ویژه‌ای کسب کرده است و بیشتر از دو دهه است که به‌عنوان یک سازه مهم در تئوری‌ها و پژوهش‌های بهزیستی مطرح است [17]. در روان‌شناسی، تاب‌آوری فرآیند پویای سازگاری مثبت و موفقیت‌آمیز در شرایط چالش‌انگیز و تهدیدکننده است [18].

با وجود این که تاب‌آوری تا حدی یک ویژگی شخصی و حاصل تجربه‌های محیطی است، افراد می‌توانند ظرفیت تاب‌آوری خود را با آموختن برخی از مهارت‌ها افزایش دهند. به عبارت دیگر، تاب‌آوری یک ویژگی ثابت و تغییرناپذیر شخصیتی نیست و افراد ظرفیت بازسازی و تاب‌آوردن را دارند [19].

تاب‌آوری به‌عنوان توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط دشوار تعریف می‌شود و باعث می‌شود که فرد در برابر استرس‌های روزمره زندگی از خود انعطاف‌پذیری نشان دهد و خود را با تغییرات محیطی تطبیق دهد. در نتیجه، رویدادهای استرس‌آور زندگی روزمره نمی‌تواند باعث آسیب جدی در فرد شود و از سوی دیگر، تاب‌آوری پایین باعث می‌شود که فرد نتواند بعد از مواجهه با رویدادهای استرس‌آور به حالت قبلی خود برگردد [20]. تاب‌آوری را با سطح پایین‌تر اضطراب، سازگاری (تطابق) بهتر و کیفیت بالاتر زندگی (QOL)، در میان بیماران سرطانی مرتبط می‌دانند، تاب‌آوری همچنین می‌تواند به بهبود مشکلات روانی مرتبط با سرطان کمک کند [21, 22].

بررسی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تاب‌آوری روان‌شناختی باعث افزایش توانمندی فرد در موقعیت‌های دشوار و بالینی می‌شود [23]، به‌طوری‌که ارتباط مثبت و معنی‌داری بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی وجود دارد [24]. نتایج پژوهشی نشان داد در بیمارانی که از درد مزمن رنج می‌برند، تاب‌آوری عامل مهم‌تری از سن برای

## مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و مرحله پیگیری دوماهه با گروه کنترل در سال ۱۳۹۶ در بین تمام آزادگان (اسیران جنگی) دارای فرزند مشغول به تحصیل در سه مقطع ابتدایی، متوسطه اول و دوم شهرستان دیواندره، استان کردستان به تعداد ۴۷ نفر انجام شد. با عنایت به این که حجم نمونه در طرح‌های آزمایشی ۳۰ نفر توصیه می‌شود، تعداد ۳۰ نفر به روش تصادفی ساده به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی و به شیوه قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل موافقت افراد برای شرکت در پژوهش طبق برنامه درمان و تحصیلات حداقل متوسطه، و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل عدم حضور در جلسات بیش از یک جلسه، ابراز عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله، اعتیاد و شرکت در دوره‌های مشابه در گذشته یا همزمان با پژوهش بود.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

- ۱- **پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC):** این مقیاس شامل ۲۵ سؤال است و توسط کانر و دیویدسون<sup>[35]</sup> برای اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید تهیه شده است. هدف این پرسش‌نامه، سنجش میزان تاب‌آوری در افراد مختلف است. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی صفر و حداکثر نمره ۱۰۰ است. هر چه این امتیاز بالاتر باشد، میزان تاب‌آوری بیشتر و هر چه امتیاز کمتر باشد، میزان تاب‌آوری نیز کمتر است. در ایران روایی و پایایی این پرسش‌نامه مورد تایید قرار گرفته است<sup>[36]</sup>. در پژوهش حق‌رنجبر و همکاران<sup>[36]</sup> پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد آزمون قرار گرفت که آلفای ۰/۸۴ برای پرسش‌نامه به دست آمد.
  - ۲- **پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی- فرم کوتاه (WHOQOL-BREF):** این پرسش‌نامه دارای ۲۶ آیتم است که به ارزیابی چهار حیطه از کیفیت زندگی افراد شامل سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط می‌پردازد. آیتم‌های پرسش‌نامه نیز روی یک مقیاس پنج‌گزینه‌ای ارزیابی می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. تحقیقات انجام‌شده در مورد مشخصات روان‌سنجی فرم کوتاه پرسش‌نامه نشان داد که اعتبار افتراقی، اعتبار محتوی، پایایی درونی (آلفای کرونباخ سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روان‌شناختی ۰/۷۶، روابط اجتماعی ۰/۶۶ و محیط ۰/۸۰) و پایایی بازآزمایی مناسبی دارد<sup>[37, 38]</sup>. در ایران نیز پرسش‌نامه کیفیت زندگی توسط نجات و همکاران<sup>[39]</sup> استانداردسازی شده که پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی برای حیطه‌های سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط با دیگران و محیط به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ و همسانی بخش‌های مختلف آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و بیمار ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ به دست آمده است.
- در آغاز مطالعه، سن، تحصیلات و مدت اسارت همه افراد ثبت شد.

سپس در شرایط یکسان و به‌صورت همزمان برای هر دو گروه آزمایش و کنترل ابتدا به‌منظور ارزیابی شرکت‌کنندگان به‌عنوان نمونه پژوهش، دو آزمون کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و تاب‌آوری کانر و دیویدسون<sup>[35]</sup>، به‌عنوان پیش‌آزمون اجرا شد؛ به این صورت که نسخه چاپی پرسش‌نامه‌ها به‌صورت حضوری و در مکانی (سالن جلسات اداره آموزش و پرورش شهرستان) که پژوهشگر به‌صورت اختصاصی برای این دوره فراهم نموده بود در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و به آنها توضیحات لازم در خصوص تکمیل پرسش‌نامه‌ها داده شد. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه و هر جلسه ۲ ساعت در مجموع ۲ ماه توسط پژوهشگر تحت آموزش تاب‌آوری قرار گرفتند و در این مدت گروه کنترل تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفت و روال عادی خود را طی نمود. سپس با شرکت‌کنندگان گروه آزمایش به‌منظور شرکت در جلسات درمان قرارداد بسته شد. برنامه مداخله و آموزش مولفه‌های تاب‌آوری در ۱۰ جلسه رسمی برگزار شد که مطابق پروتکل آموزشی<sup>[30-32, 36]</sup> بود. این پروتکل آموزشی در اکثر تحقیقات مشابه استفاده شده و نتایج مشابهی در پی داشته است، لذا می‌توان گفت دارای روایی و اعتبار لازم برای استفاده در پژوهش بود (جدول ۱).

خلاصه ساختار و محتوای جلسات درمانی و فرآیند هر جلسه متشکل از: ۱) وارسی نکات و تکالیف جلسه قبل، ۲) آموزش مستقیم به روش سخنرانی، ۳) بحث گروهی، ۴) چالش فکری و ۵) جمع‌بندی جلسه بود و روش‌هایی همچون بارش فکری، بررسی سود و زیان، قالب‌گیری مجدد، داستان‌گویی، بازی نقش و غیره در طول جلسات مورد استفاده قرار گرفت. جلسات به‌صورت گروهی و به شیوه سخنرانی و بحث گروهی انجام شد. جلسات به‌صورت یک جلسه ۲ ساعته در هفته برگزار شد. در آخرین جلسه، پس‌آزمون برای هر دو گروه (کنترل و آزمایش) اجرا شد و در نهایت به‌طور مجدد دو گروه بعد از دو ماه، برای پیگیری ثبات مداخلات به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند.

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، ابتدا رضایت شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش جلب شد، اهداف پژوهش برای آنها توضیح داده شد و همچنین به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات کسب‌شده محرمانه باقی خواهد ماند و یافته‌های پژوهش به‌صورت کلی و بدون ذکر نام و مشخصات مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

داده‌های حاصل از پژوهش به کمک نرم‌افزار SPSS 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای مقایسه میانگین سنی بین دو گروه از آزمون T مستقل و برای مقایسه سطح تحصیلات و مدت اسارت دو گروه از آزمون دقیق فیشر استفاده شد. برای بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر متغیرهای تاب‌آوری و ابعاد کیفیت زندگی، آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) مورد استفاده قرار گرفت و چون اثر اصلی درمان معنی‌دار بود، بررسی با آزمون‌های تحلیل کوواریانس یک‌راهه و با سطح آلفای تعدیل‌شده بونفرونی روی نمرات تاب‌آوری و ابعاد کیفیت زندگی ادامه یافت.

اربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهبود کیفیت زندگی و تاب‌آوری آزادگان ۵  
۵۲/۶۷±۲/۰۲ سال بود. بین میانگین سنی، سطح تحصیلات و مدت  
اسارت در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ( $p>0/05$ ;  
جدول ۲).

میانگین نمرات متغیرهای تاب‌آوری و ابعاد کیفیت زندگی گروه  
آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافت،  
در حالی که نمرات افراد گروه کنترل تغییر چشمگیری را نشان نداد  
(جدول ۳).

در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، بین گروه‌های آزمایش و گروه  
کنترل، هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری، از لحاظ  
متغیر وابسته ترکیبی (تاب‌آوری و کیفیت زندگی) تفاوت معنی‌دار  
وجود داشت؛ یعنی در پس‌آزمون بین دو گروه حداقل از لحاظ یکی  
از متغیرهای تاب‌آوری یا کیفیت زندگی تفاوت وجود داشت. در  
پیگیری نیز حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای تاب‌آوری یا کیفیت  
زندگی تفاوت معنی‌دار مشاهده شد (جدول ۴).

بین گروه‌های آزمایش و کنترل، در مرحله پس‌آزمون از لحاظ نمرات  
پس‌آزمون تاب‌آوری، حیطه‌های روان‌شناختی، روابط اجتماعی و  
محیطی کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار وجود داشت ( $p=0/001$ )؛  
بدین معنی که درمان مبتنی بر آموزش تاب‌آوری نمرات افراد را در  
تاب‌آوری و ابعاد کیفیت زندگی بهبود بخشید. براساس اندازه اثر  
به‌دست‌آمده، ۸۲٪ تغییرات نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری، ۶۶٪  
تغییرات حیطه روان‌شناختی، ۵۴٪ تغییرات حیطه روابط اجتماعی  
و ۲۷٪ تغییرات حیطه محیطی ناشی از مداخلات درمانی بود. بین  
دو گروه از لحاظ نمرات پس‌آزمون حیطه جسمی کیفیت زندگی  
تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد ( $p>0/05$ ).

در مرحله پیگیری نیز بین گروه‌های آزمایش و کنترل، از لحاظ  
نمرات پیگیری تاب‌آوری و حیطه‌های روان‌شناختی، روابط  
اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار وجود داشت  
( $p=0/001$ )؛ بدین معنی که تأثیر مداخلات درمانی در بهبود این ابعاد،  
دو ماه بعد از پایان درمان نیز از ثبات برخوردار بود. بین دو گروه از  
لحاظ نمرات پیگیری حیطه جسمی کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار  
مشاهده نشد ( $p>0/05$ ; جدول ۵).

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

## یافته‌ها

میانگین سنی در گروه کنترل ۵۲/۰۶±۱/۵۸ سال و در گروه آزمایش

جدول ۲) مقایسه توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر؛ اعداد داخل پرانتز، درصد هستند)

متغیرها	گروه آزمایش	گروه کنترل	سطح معنی‌داری
<b>سطح تحصیلات</b>			
زیر دیپلم	۶ (۴۰/۰)	۶ (۴۰/۰)	
دیپلم	۸ (۵۳/۳)	۸ (۵۳/۳)	۱/۰
فوق دیپلم و بالاتر	۱ (۶/۷)	۱ (۶/۷)	
<b>مدت اسارت</b>			
کمتر از ۶ ماه	۱ (۶/۷)	۰	
۶ ماه تا یک سال	۱ (۶/۷)	۳ (۲۰/۰)	
یک تا ۲ سال	۵ (۳۳/۳)	۲ (۱۳/۳)	۰/۲۸
۲ سال و بیشتر	۸ (۵۳/۳)	۱۰ (۶۶/۷)	

جدول ۳) میانگین آماری متغیرهای تاب‌آوری و حیطه‌های کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل مختلف پژوهش

متغیرها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
<b>تاب‌آوری</b>			
گروه آزمایش	۷۰/۰۰±۱۰/۳۲	۸۳/۰۰±۶/۴۹	۸۰/۸۰±۶/۲۳
گروه کنترل	۷۴/۶۰±۱۵/۲۴	۷۳/۲۶±۱۵/۰۷	۷۱/۸۰±۱۲/۱۴
<b>حیطه جسمی کیفیت زندگی</b>			
گروه آزمایش	۲۲/۸۰±۴/۰۹	۲۴/۶۰±۲/۰۶	۲۳/۸۰±۱/۸۹
گروه کنترل	۲۴/۰۰±۳/۰۷	۲۳/۴۶±۳/۵۰	۲۳/۷۳±۲/۹۸
<b>حیطه روان‌شناختی کیفیت زندگی</b>			
گروه آزمایش	۱۹/۸۶±۲/۷۹	۲۲/۸۰±۲/۰۰	۲۲/۰۰±۱/۸۵
گروه کنترل	۲۰/۶۰±۴/۲۰	۲۰/۲۶±۳/۸۶	۱۹/۰۶±۳/۶۷
<b>حیطه روابط اجتماعی کیفیت زندگی</b>			
گروه آزمایش	۱۰/۶۶±۱/۹۸	۱۲/۱۳±۱/۶۴	۱۱/۶۶±۱/۶۷
گروه کنترل	۱۱/۱۳±۲/۵۳	۱۱/۸۶±۲/۵۰	۱۰/۶۰±۲/۶۶
<b>حیطه محیطی کیفیت زندگی</b>			
گروه آزمایش	۲۷/۵۳±۴/۴۵	۳۲/۴۰±۳/۴۰	۳۲/۰۰±۳/۵۰
گروه کنترل	۲۶/۴۰±۵/۴۳	۲۷/۷۳±۸/۱۲	۲۶/۳۳±۵/۱۰

جدول ۴) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر متغیرهای تاب‌آوری و ابعاد کیفیت زندگی

مراحل پژوهش	ارزش	مقدار F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
<b>مرحله پس‌آزمون</b>					
اثر پیلابی	۰/۹۰۳	۳۵/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰۳	۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۹۷	۳۵/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰۳	۱
<b>مرحله پیگیری</b>					
اثر پیلابی	۰/۹۱	۳۸/۸	۰/۰۰۱	۰/۹۱	۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۸۹	۳۸/۸	۰/۰۰۱	۰/۹۱	۱

جدول ۵) نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
<b>مرحله پس‌آزمون</b>						
تاب‌آوری	گروه	۱۱۰۷/۳۶	۱۰۸/۸	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
	خطا	۲۳۳۳/۹۴				
حیطه جسمی	گروه	۲۱/۱۸	۷/۳۷	۰/۱۲	۰/۲۴	۰/۷۴
	خطا	۶/۰۳				
حیطه روان‌شناختی	گروه	۵۰/۶۳	۴۵/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱
	خطا	۲۵/۸۲				
حیطه روابط اجتماعی	گروه	۱۶/۵۴	۲۸/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
	خطا	۱۳/۵۷				
حیطه محیطی	گروه	۱۰۵/۰۸	۸/۷۴	۰/۰۰۷	۰/۲۷	۰/۸
	خطا	۲۷۶/۲۶				
<b>مرحله پیگیری</b>						
تاب‌آوری	گروه	۹۷۳/۹	۱۰۱/۳	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱
	خطا	۲۲۱				
حیطه جسمی	گروه	۶/۳۲	۴/۱	۰/۰۵۴	۰/۱۵	۰/۵
	خطا	۳۵/۳				
حیطه روان‌شناختی	گروه	۵۸/۹	۲۶/۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
	خطا	۵۰/۲				
حیطه روابط اجتماعی	گروه	۱۲	۱۳/۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۳
	خطا	۲۰/۹				
حیطه محیطی	گروه	۱۶۱	۵۳/۶	۰/۰۰۱	۰/۷	۱
	خطا	۶۸/۹				

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهبود کیفیت زندگی و تاب‌آوری در افراد آزاده (اسیران جنگی) انجام شد. نتایج بیانگر آن بود که آموزش تاب‌آوری تغییرات معنی‌داری را در نمرات ابعاد کیفیت زندگی از جمله حیطه روان‌شناختی، حیطه روابط اجتماعی و حیطه محیطی آزادگان گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون ایجاد کرده است، اما بر حیطه جسمی بی‌تاثیر بوده است. بررسی پژوهش‌ها نشان داد که پژوهشی با عنوان عیناً مشابه مطالعه حاضر یافت نشد و این روش تاکنون در نمونه آزادگان اجرا نشده است. ولی نتایج این پژوهش با مطالعات قبلی، [16, 22-24, 26-31, 33, 34] در مورد اثربخشی تاب‌آوری بر کیفیت زندگی همسو است.

همچنین نتایج بیانگر آن بود که آموزش تاب‌آوری تغییرات معنی‌داری را در نمرات تاب‌آوری آزادگان گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون ایجاد کرده است. این یافته‌ها بدین معنی است که این آموزش باعث بالارفتن قدرت تحمل افراد در برابر مشکلات می‌شود. نتایج حاصل از این پژوهش، با بسیاری از یافته‌های پژوهشی دیگر [23, 26, 28, 33, 34] همسو و همخوان است.

فاوسی و همکاران [28]، طی پژوهشی نشان دادند که تاب‌آوری تاثیر چشمگیری بر کیفیت زندگی افراد در شرایط دشوار دارد. نتایج پژوهش بنزیس و مایچسک [40] نشان داد که تاب‌آوری علاوه بر این که انسجام مجدد و کارکرد مطلوب به دنبال حوادث و چالش‌های استرس‌زای زندگی است، یک فرآیند تعاملی بین فرد، خانواده و اجتماع است.

به لحاظ نظری می‌توان گفت تاب‌آوری، بیانگر توانایی فرد برای سازش‌یافتگی مجدد در برابر غم، ضربه، شرایط نامطلوب و عوامل درهم‌تنیده زندگی است. به عبارت دیگر، تاب‌آوری سازگاری مثبت در واکنش به شرایط نامطلوب است [41]. تاب‌آوری عاملی است که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی کمک می‌کند و از افراد در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی محافظت می‌نماید. از سوی دیگر تاب‌آوری به افراد توانایی می‌دهد تا با مشکلات و ناملازمات زندگی و شغلی روبه‌رو شوند و بدون این که آسیب زیادی ببینند از این موقعیت‌ها به‌عنوان فرصتی برای ارتقا و رشد شخصیت خود استفاده کنند [31]. این توانمندی به فرد تاب‌آور کمک می‌کند که شرایط استرس‌زا را مدیریت کند و در مقابله با مصائب و ناملازمات زندگی بتواند به سطح جدیدی از تعادل و رشد مثبت دست یابد و چون تاب‌آوری فرآیندی پویاست که به متن زندگی وابسته است، وقتی به‌طور موفقیت‌آمیز کسب شود، قابلیت‌های فردی را تقویت می‌کند. به‌طور کلی تاب‌آوری به مفهوم پیامدهای مثبت به‌رغم تجربه‌های ناگوار و ناملازمات، عملکرد مثبت و موثر در شرایط ناگوار و بهبودی بعد از یک ضربه یا واقعه مهم است [42-44]. هر چه سطح تاب‌آوری آزادگان بالاتر باشد، توان عملکرد مثبت در شرایط ناگوار بالا می‌رود و می‌توانند در برابر سختی‌ها و مشکلات جسمی و روانی ناشی از مشکلات زندگی و

عوارض اسارت و آثار آن، مقاوم‌تر بوده و کیفیت زندگی هم در این وضعیت بالاتر خواهد بود.

از آنجا که تاب‌آوری فرد را قادر می‌سازد که با سختی‌ها و مشکلات و چالش‌ها سازگارتر شود، به نظر می‌رسد در صورتی که بتوان تاب‌آوری آزادگان را بالا برد، می‌توان باعث افزایش کیفیت زندگی آنان نیز شد. برنامه‌های مبتنی بر تاب‌آوری باعث ایجاد راهبردهای کنارآمدن و سازوکارهای دفاعی بهتر در افراد می‌شود که از این راه آنها می‌توانند کیفیت زندگی خود را افزایش دهند. از نظر سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی به معنی ادراکی است که فرد از وضعیت خود با توجه به نظام فرهنگی و ارزشی، اهداف و معیارها شامل نگرش فرد به سلامت جسمی، وضعیت روانی، سطح استقلال، ارتباطات اجتماعی، وابستگی شخصی و تعامل با شرایط دارد. ویژگی‌های روان‌شناختی که به‌عنوان خصوصیات موثر افراد جامعه به حساب می‌آید و نقش موثری در زندگی ایفا می‌نماید، شامل ویژگی‌هایی از نظر حسن اخلاق، شادابی و غیره است [8].

کیفیت زندگی دارای چهار حیطه جسمی، روان‌شناختی، محیطی و روابط اجتماعی است که آموزش تاب‌آوری تغییرات معنی‌داری را در حیطه روان‌شناختی، حیطه روابط اجتماعی و حیطه محیطی آزادگان در گروه آزمایش ایجاد کرد، اما در حیطه جسمی بی‌تاثیر بود و این بعد از کیفیت زندگی را افزایش نداد. با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه به نظر می‌رسد دلیل آن وجود عوارض جسمانی ناشی از دوران اسارت و مقطع سنی است. چون این افراد در محدوده سنی ۵۰ تا ۵۵ سال قرار دارند، با افزایش سن با کاهش قدرت بدنی و جسمانی روبه‌رو می‌شوند و این عوارض بیشتر خودشان را نشان می‌دهند و شاید عدم تغییر در این بعد به همین دلیل باشد. اما در سه حیطه دیگر با توجه به نقش تاب‌آوری در وضعیت روحی و روانی و ارتباط با اجتماع و شرایط محیطی، جلسات درمان تاثیرگذار بوده است که در برنامه آموزش به این موارد پرداخته شده است. همچنین علت احتمالی دیگر می‌تواند این باشد که این روش وارد حوزه جسمانی نمی‌شود و هدف اساسی در این حیطه ندارد، بنابراین آموزش و مداخله‌ای نیز در زمینه جسمی ارایه نمی‌کند.

آموزش تاب‌آوری مطابق پروتکل آموزشی باعث افزایش خودمختاری، عزت نفس، آگاهی میان‌فردی و مهارت‌های اجتماعی و هدفمندی می‌شود [44]. افراد تاب‌آور با خوش‌بینی، پشتکار، احترام به خود [45]، هدفمندی و ارتباط خوب با دیگران (که تمام مولفه‌های کیفیت زندگی به‌جز حیطه جسمی را در بر می‌گیرند) این توانایی را پیدا می‌کنند که بر مشکلات زندگی چیره شده و سلامت روان‌شناختی خود را حفظ کنند. آموزش تاب‌آوری به افراد کمک می‌کند تا عزت نفس و احترام به خود را یاد بگیرند و در نتیجه فرد خود را همان گونه که هست به‌عنوان فردی قابل احترام می‌پذیرد؛ به این ترتیب کسب توانایی تاب‌آوری، پذیرش خود که مربوط به حیطه روان‌شناختی در افراد است را افزایش می‌دهد.

تاب‌آوری آزادگان تأثیری باثبات و پایدار داشته باشد.

**تشکر و قدردانی:** از مسئولان محترم بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان و آزادگان عزیز که با همکاری خود به اجرای پژوهش کمک کردند، نهایت تشکر و سپاسگزاری به عمل می‌آید.

**تأییدیه اخلاقی:** این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه کردستان بررسی و با کد IR.UOK.REC.1398.014 در سامانه کمیته ملی اخلاق در پژوهش ثبت شده است.

**تعارض منافع:** تعارض منافی وجود ندارد.

**سهم نویسندگان:** امید عیسی‌نژاد (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/روشن‌شناس/تحلیلگر آماری/نگارنده بحث (۵۰/۵٪)؛ منصور حیدریان (نویسنده دوم)، روشن‌شناس/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۹/۵٪)

**منابع مالی:** این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه کردستان انجام شده است.

### منابع

- 1- Solomon Z, Tsur N, Levin Y, Uziel O, Lahav M, Ohry A. The implications of war captivity and long-term psychopathology trajectories for telomere length. *Psychoneuroendocrinology*. 2017;81:122-8.
- 2- Jacques J. Where nothing happened: the experience of war captivity and Levinas's concept of the 'there is'. *Soc Legal Stud*. 2017;26(2):230-4.
- 3- Hunt SC, Orsborn M, Checkoway H, Biggs ML, McFall M, Takaro TK. Later life disability status following incarceration as a prisoner of war. *Mil Med*. 2008;173(7):613-8.
- 4- King DW, King LA, Park CL, Lee LO, Kaiser AP, Spiro A, et al. Positive adjustment among American repatriated prisoners of the Vietnam War: Modeling the long-term effects of captivity. *Clin Psychol Sci*. 2015;3(6):861-76.
- 5- Ursano RJ, Rundell JR. The prisoner of war. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes JW, editors. *War psychiatry*. Falls Church, Virginia: Office of the Surgeon General Army; 1995. p. 431-55.
- 6- Bolonkin A. *Universe, human immortality and future human evaluation*. 1st Edition. Waltham, USA: Elsevier; 2011.
- 7- Jenkins PE, Hoste RR, Meyer C, Blissett JM. Eating disorders and quality of life: a review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(1):113-21.
- 8- Frisch MB. *Quality of Life Therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc; 2006.
- 9- Lopez SJ. *The encyclopedia of positive psychology*. Chichester, U.K: Wiley Black well publishing Ltd; 2009. p. 1160.
- 10- Newton NJ, Ryan LH, King RT, Smith J. Cohort differences in the marriage-health relationship for midlife women. *Soc Sci Med*. 2014;116:64-72.
- 11- Khanna D, Tsevat J. Health-related quality of life--an introduction. *Am J Manag Care*. 2007;13 Suppl 9:S218-23.
- 12- Yaffe K, Hoang TD, Byers AL, Barnes DE, Friedl KE. Lifestyle and health-related risk factors and risk of cognitive aging among older veterans. *Alzheimer's Dement*. 2010;3(Suppl):S111-21.
- 13- Litwack SD, Mitchell KS, Sloan DM, Reardon AF, Miller

در برنامه تاب‌آوری، افراد روش‌های برقراری ارتباط صحیح را می‌آموزند. آنها در جریان آموزش تاب‌آوری از اهمیت و نقش حمایت اجتماعی آگاه می‌شوند و در نتیجه در تعامل با دیگران بهتر عمل می‌کنند. بنابراین این آموزش باعث می‌شود که مولفه روابط مثبت با دیگران در افراد ارتقا یابد. از دیگر مولفه‌های تاب‌آوری، خودآگاهی و آشنایی با حل مساله و مراحل آن و تفکر در مورد مشکلات خود و ارایه راه حل برای آنهاست. در نتیجه این برنامه می‌تواند به افراد کمک کند تا خودمختاری خود را در رابطه با مشکلات (که مربوط به حیطه شرایط محیطی است)، ارتقا دهند<sup>[46]</sup>. از سوی دیگر افزایش توان حل مساله و آموختن راهبردهای کنارآمدن با شرایط دشوار زندگی می‌تواند حس تسلط فرد بر محیط را نیز ارتقا دهد. در نتیجه این برنامه می‌تواند به افراد کمک کند تا زندگی هدفمند و باکیفیتی داشته باشند و به اهداف خود در زندگی معنا ببخشند و با ایجاد حس امیدواری و خوش‌بینی در زندگی، به رشد فردی خود ادامه دهند<sup>[45, 47]</sup>.

یافته‌ها نشان دادند که آموزش تاب‌آوری بعد از گذشت دو ماه اثربخشی خود بر کیفیت زندگی را حفظ کرده است و نمرات آن نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری دارد. نتایج پژوهش حاکی از پایداری و ثبات این مداخله در مرحله پیگیری (دوماهه) است. در اصل تعمیم و حفظ تغییر به‌خصوص در جلسات آخر، بخش‌های ضمنی مداخله و آموزش در طول جلسات بوده‌اند که این مساله به ثبات نتایج به‌دست‌آمده در مرحله پیگیری کمک کرده است.

تاب‌آوری و کیفیت زندگی براساس یافته‌ها از طریق مداخله و آموزش تاب‌آوری افزایش می‌یابد و در نتیجه بر کیفیت زندگی و قدرت مقابله و انعطاف‌پذیری تأثیر مثبتی خواهد داشت و نتایج مثبت آن در ارتقای بهبود کیفیت زندگی و تاب‌آوری آنان آشکار خواهد شد. لذا براساس نتایج این پژوهش و پژوهش‌های قبلی، توجه به امر آموزش تاب‌آوری و تأثیر آن می‌تواند در ارتقای کیفیت زندگی آزادگان موثر باشد.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود؛ در این پژوهش، عوامل مداخله‌گری مانند عوامل انگیزشی پاسخ‌دهندگان، عوامل زمینه‌ای و بافتی و فرهنگی در شهرستان محل پژوهش و حتی شخصیت درمانگر و اجرای آن در یک شهرستان و تعداد کم نمونه‌ها، بر نتیجه پژوهش تأثیرگذار بوده است.

با توجه به این که روش درمانی مورد استفاده در این پژوهش به‌ندرت به کار گرفته شده و از سویی سابقه پژوهشی کمی، مشابه این درمان در مورد افراد آزاده در کشور وجود دارد و با توجه به مقایسه‌نشدن آن با سایر رویکردهای درمانی جدید، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با کنترل این محدودیت‌ها، کارآیی این روش درمانی به‌صورت گسترده‌تر و دقیق‌تر برای آزادگان در سایر نقاط کشور مورد بررسی قرار گیرد.

### نتیجه‌گیری

برنامه آموزش تاب‌آوری می‌تواند بر ارتقای کیفیت زندگی و



- mental health and quality of life through a resilient education program for mothers of children with learning disorders. *Educ Cult J Women Fam*. 2014;8(26):39-64. [Persian]
- 32- Kaveh M, Alizadeh H, Delavar A, Borjali A. Development of a resilience Fostering program against stress and its impact on quality of life components in parents of children with mild intellectual disability. *J Except Child*. 2011;11(2):119-40. [Persian]
- 33- Pietrzak RH, Southwick SM. Psychological resilience in OEF-OIF Veterans: Application of a novel classification approach and examination of demographic and psychosocial correlates. *J Affect Disord*. 2011;133(3):560-8.
- 34- Green KT, Calhoun PS, Dennis MF, Beckham JC. Exploration of the resilience construct in posttraumatic stress disorder severity and functional correlates in military combat veterans who have served since September 11, 2001. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(7):823-30.
- 35- Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
- 36- Hagh Ranjbar F, Kakavand A, Borjali A, Bermas H. Resilience and quality of mothers with mentally retarded children. *Health Psychol*. 2011;1(1):177-87. [Persian]
- 37- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*. 2004;13(2):299-310.
- 38- Group W. Development of the world Health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*. 1998;28(3):551-8.
- 39- Nejat S, Montazeri A, Holakouei Naeini K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Instit Public Health Res*. 2006;4(4):1-12. [Persian]
- 40- Benzie K, Mychasiuk R. Fostering family resiliency: a review of the key protective factors. *Child Fam Soc Work*. 2009;14(1):103-14.
- 41- Resnick B, Gwyther LP, Roberto KA, editors. *Resilience in aging*. New York: Springer; 2011.
- 42- Ghasem M, Hosseinchari M. Psychological resilience and Intrinsic – extrinsic motivation: the mediating role of self-efficacy. *Deve Psychol: Iran Psychol*. 2012;9(33):61-71. [Persian]
- 43- Masten AS. Ordinary magic: resilience processes in development. *Am Psychol*. 2001;56(3):227-38.
- 44- Dyess SM, Prestia AS, Smit MC. Support for caring and resiliency among successful nurse leaders. *Nurs Adm Q*. 2015;39(2):104-16.
- 45- Seidm Mahmoodi J, Rahimi C, Mohammadi N. Resiliency and religious orientation factors contributing to posttraumatic growth in Iranian subjects. *Iran J Psychiatry*. 2011;6(4):145-50.
- 46- Raoothman B, Kirsten DK, Wissing MP. Gender differences in aspects of psychological well-being. *South Afr J Psychol*. 2003;33(4):212-8.
- 47- Mikaeili N, Ganj M, Talebi Jooybari M. A comparison of resiliency, marital satisfaction and mental health in parents of children with learning disabilities and normal children. *J Learn Disabil*. 2012;2(1):120-37. [Persian]
- MW. Eating disorder symptoms and comorbid psychopathology among male and female veterans. *Gen Hosp Psychiat*. 2014;36(4):406-10.
- 14- Serowik KL, Ablondi K, Black AC, Rosen MI. Developing a benefits counseling website for Veterans using Motivational Interviewing techniques. *Comput Human Behav*. 2014;37:26-30.
- 15- Hoerster KD, Jakupcak M, McFall M, Unützer J, Nelson KM. Mental health and somatic symptom severity are associated with reduced physical activity among US Iraq and Afghanistan veterans. *Prev Med*. 2012;55(5):450-2.
- 16- Nejati V, Ahmadi K. Evaluation of epidemiology of chronic disease in Iranian psychiatric veterans. *Iran J War Public Health*. 2010;2(4):8-12. [Persian]
- 17- Greeff AP, Loubser K. Spirituality as a resiliency quality in Xhosa-speaking families in South Africa. *J Relig Health*. 2008;47(3):288-301.
- 18- Loh JM, Schutte NS, Thorsteinsson EB. Be happy: The role of resilience between characteristic affect and symptoms of depression. *J Happiness Stud*. 2014;15(5):1125-38.
- 19- MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker ER. The impact of resilience among older adults. *Geriatr Nurs*. 2016;37(4):266-72.
- 20- Wu G, Feder A, Cohen H, Kim JJ, Calderon S, Charney DS, et al. Understanding resilience. *Front Behav Neurosci*. 2013;7:10.
- 21- Richardson GE. The metatheory of resilience and resiliency. *J Clin Psychol*. 2002;58(3):307-22.
- 22- Cohen M, Baziliansky S, Beny A. The association of resilience and age in individuals with colorectal cancer: an exploratory cross-sectional study. *J Geriatr Oncol*. 2014;5(1):33-9.
- 23- Stewart DE, Yuen T. A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*. 2011;52(3):199-209.
- 24- Nawaz A, Malik JA, Batool A. Relationship between resilience and quality of life in diabetics. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2014;24(9):670-5.
- 25- Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Saberi H, Shams J, Osanlo S, Nori G, et al. The role of resilience and age on quality of life in patients with pain disorders. *Basic Clin Neurosci*. 2013;4(1):24-30.
- 26- Mosqueiro BP, da Rocha NS, Fleck MPA. Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients. *J Affect Disord*. 2015;179:128-33.
- 27- Li MY, Yang YL, Liu L, Wang L. Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14(1):73-82.
- 28- Fauci AJ, Bonciani M, Guerra R. Quality of life, vulnerability and resilience: A qualitative study of the tsunami impact on the affected population of Sri Lanka. *Ann Ist Super Sanita*. 2012;48(2):177-88.
- 29- Aidelkhani S, Heydari H. Measuring the effectiveness of resilience training on the mental health and quality of life of the handicapped veterans' wives. *J Milit Psychol*. 2016;7(27):67-80. [Persian]
- 30- Ashtari N, Pourebrahim T, Khodabakhshi Koolaei A, Khoshkonesh A, Khatiban M. The efficacy of group awareness training of premenstrual syndrome on psychological resilience and quality of life in female high school students. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*. 2015;23(1):63-73. [Persian]
- 31- Momeni K, Ebrahimi P, Hosseinian S. Improving