

مقایسه تاب آوری و کیفیت زندگی مادران کودکان بزهکار و مادران دارای کودکان سالم شهر زنجان

فرزانه قاسم لو^۱، فریده یغمایی^{۲*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان، زنجان، ایران
^۲ دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان، زنجان، ایران
 * نویسنده مسئول: فریده یغمایی، دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان، زنجان، ایران.
 ایمیل: farideh_y2002y@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۰/۲۸

چکیده

مقدمه: مادران کودکان بزهکار در بسیاری از موارد سلامت روانی از سایر مادران می‌توانند متفاوت باشند. هدف پژوهش حاضر تعیین مقایسه تاب آوری و کیفیت زندگی مادران کودکان بزهکار و مادران دارای کودکان سالم شهر زنجان در سال ۱۳۹۵ است.
روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقایسه ای بود. جامعه پژوهش شامل مادران کودکان بزهکار و عادی شهر زنجان در سال ۱۳۹۵ بود که از بین آن‌ها ۱۲۰ نفر (۶۰ نفر مادران کودکان بزهکار، ۶۰ نفر مادران کودکان سالم) به صورت نمونه گیری در دسترس و هدفمند از سطح شهر زنجان به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار جمع آوری داده‌ها شامل "مقیاس تاب آوری کانرودیویدسون" و فرم کوتاه بررسی سلامت "۳۶" بود. در مطالعه حاضر پایایی "فرم کوتاه بررسی سلامت ۳۶" به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و باز آزمایی ابزار ۰/۸۳ بدست آمد. آلفای کرونباخ "مقیاس تاب آوری کانرودیویدسون" ۰/۸۹ بدست آمد. جهت تجزیه و تحلیل از SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. متغیرهای کمی با استفاده از میانگین (انحراف معیار) و متغیرهای کیفی به صورت تعداد (درصد) گزارش شدند. به منظور مقایسه مادران از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی از آزمون خی-دو و تی مستقل استفاده شد. ضریب همبستگی پیرسون، برای بررسی ارتباط تاب آوری با کیفیت زندگی، و همچنین تحلیل رگرسیون به منظور بررسی اثر توأم متغیرها بر روی تاب آوری و کیفیت زندگی استفاده شدند.

یافته‌ها: بین تاب آوری با کیفیت زندگی در گروه مادران بزهکار ($P = 0/001$) همچنین در بین مادران کودکان سالم نیز همبستگی معنی داری مشاهده شد ($P = 0/001$). کیفیت زندگی و تاب آوری در مادران با کودکان سالم بالاتر از مادران با کودکان بزهکار است. **نتیجه گیری:** کیفیت زندگی با تاب آوری همبستگی مثبتی دارد و همچنین وضعیت کیفیت زندگی و تاب آوری مادران کودکان بزهکار نسبت به کودکان سالم پایین تر می‌باشد. پیشنهاد می‌شود برای افزایش کیفیت زندگی و تاب آوری در مادران دارای کودکان بزهکار آموزش‌هایی در مراکز بهداشتی اجرا شود.

واژگان کلیدی: تاب آوری، کیفیت زندگی، مادران کودکان بزهکار و سالم

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

الته تاب آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خوداست. می‌توان گفت تاب آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی، در شرایط خطرناک است (۳). بسیاری از پژوهشگران بین تاب آوری ومشکلات روانشناختی رابطه معنادار ومنفی را گزارش کرده‌اند و چنین بیان می‌کنند که این سازه می‌تواند به عنوان عامل میانجی بین سلامت روانی وبسیاری دیگر از متغیرها قرار گیردو با ارتقای تاب آوری فرد می‌تواند در برابر عوامل تنش زا، اضطراب آور و همچنین عواملی که مسبب

زندگی با کیفیت مطلوب همواره آرزوی بشر بوده است و در طول سالیان متمادی یافتن مفهوم حقیقی زندگی خوب و چگونگی دستیابی به آن، افکار و مطالعات فلاسفه را به خود معطوف داشته است (۱). تاب آوری ظرفیتی انسانی در همه افراد برای تغییر، صرف نظر از خطرات تهدید کننده است. اساساً نوع بشر دارای نیازهای پیچیده و متعددی برای رشد است که باعث می‌شود تا او را به طور طبیعی به سمت این برآمدهای تاب آور به حرکت در آورند. هنگامی که نیازهای اولیه‌ی انسانی تأمین گردد، آن گاه تاب آوری به ظهور می‌رسد. در نتیجه‌ی فرایند تاب آوری، اثرات ناگوار، اصلاح یا تعدیل می‌شوند و یا حتی ناپدید می‌گردند (۲).

بنابراین باید از زوایای مختلف سنجیده شود و سنجش کیفیت زندگی در طیف وسیعی از تصمیم گیری‌ها چه از نظر اجتماعی و چه از نظر پزشکی و بالینی حائز اهمیت می‌باشد (۱۱). به طور کلی تعاریف موجود برای کیفیت زندگی به سه دسته تقسیم می‌شود: تعاریف عمومی: شامل رضایت از زندگی و احساس رفاه شخصی یا خوشحالی است. معمولاً رضایت با حیطه‌های عاطفی مرتبط است. در این دسته کیفیت زندگی را می‌توان به صورت تجربه‌ی ذهنی شخص در مورد زندگی تعریف کرده و رضایت را می‌توان به صورت وابسته به نیازهای جسمانی، روحی، روانی و اجتماعی یا به طور گسترده‌تر به صورت نیازهای فرد با توجه به تحصیلات، اوقات فراغت و ... تعریف کرد. از سوی دیگر کیفیت زندگی بیانگر تجارب زندگی و حوادث مهم آن است که عوامل تعریف کننده این جنبه از کیفیت زندگی شامل: جنسیت، وضعیت زندگی، اجتماعی، سن و ارتباط جنسی است. این تعاریف کیفیت زندگی تجربی را از کیفیت زندگی عینی جدا می‌کنند. تعاریفی که مفهوم کیفیت زندگی را به اجزاء یا حیطه‌های تشکیل دهنده‌اش تجزیه می‌کند یا مشخصات ضروری را برای ارزشیابی کیفیت زندگی تعیین می‌کنند و برای کاربردی کردن مفهوم مناسب‌ترند و تعاریفی که تاکیدشان تنها بر یک یا دو جزء تشکیل دهنده آن است. برای مثال: در جامعه شناسی، اصطلاح کیفیت زندگی اغلب به رفاه عینی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی اشاره دارد در حالیکه همان اصطلاح در روانشناسی به معنای رشد و تکامل مشخص شده است (۱۲).

کیفیت زندگی را به عنوان مفهومی که شرایط مطلوب فرد را در ارتباط با هشت بعد اصلی یعنی بهزیستی عاطفی، روابط بین فردی، بهزیستی مادی، رشد فردی، بهزیستی فیزیکی، خود فرمانی، شمول اجتماعی و حقوق را منعکس می‌کند؛ تعریف کرده. بعلاوه، کیفیت زندگی را به عنوان مفهومی چند بعدی که در بر گیرنده سلامت کلی فرد شامل: وضعیت روحی، روانی، اجتماعی و جسمانی می‌باشد، تعریف کرده است (۱۳). کیفیت زندگی تفاوت میان تجارب و آرزوهاست. بدین معنی که افراد در مواجهه با عوامل مختلف مؤثر بر روی کیفیت زندگی احتمالات مختلفی را در نظر می‌گیرند. در نظر او برای بهبود کیفیت زندگی باید فاصله بین آرزوها و تجارب واقعی بیماران را کاهش داد. استفاده از این تعریف، برخی محدودیت‌های موجود در اندازه گیری کیفیت زندگی را روشن می‌کند (۱۴). از آنجا که افزایش تاب آوری می‌تواند موجب بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی گردد. مادرانی که دارای سطح تاب آوری بالاتری دارند در کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن هم می‌توانند نمرات بهتری به دست آورند، این افراد با مشکلات زندگی بهتر می‌توانند کنار بیایند و در زیر بار مشکلات خم نشوند و انعطاف پذیری بیشتری داشته باشند، این مادران در روابط خانوادگی احساس امنیت می‌کنند و به دنبالان کیفیت زندگی بهتری خواهند داشت (۱۵). مطالعه حاضر با هدف تعیین همبستگی بین تاب آوری و کیفیت زندگی در مادران دارای کودکان بزهکارمقایسه آن بامادران کودکان سالم در شهر زنجان انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع پژوهش توصیفی-مقایسه ای می‌باشد. در این پژوهش، جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای فرزند بزهکار و مادران دارای فرزند سالم شهر زنجان در سال ۱۳۹۵ است. (۱۲۰ نفر) تعداد

بوجود آمدن بسیاری از مشکلات روانشناختی آنان می‌شود، از خود مقاومت نشان داده و بر آن‌ها غلبه کند. سلامت روانی افرادی که تحت تأثیر تنش، اضطراب، و افسردگی قرار می‌گیرند به خطر می‌افتد. بنابراین، تاب آوری با تعدیل کردن این عوامل سلامت روانی افراد را تضمین می‌کند (۴). بر همین اساس تعاریف گوناگونی از زندگی خوب و کیفیت زندگی از سوی اندیشمندان و پژوهشگران ارائه شده است (۱). کیفیت زندگی تعریف‌های متفاوتی دارد ولی در سال‌های اخیر ابعاد ذهنی جایگزین تعریف‌هایی شده است که بر ابعاد عینی مثل وضعیت عملکرد فرد تاکید کرده‌اند. به گونه‌ای که تعریف‌های جدید کیفیت زندگی شبیه تعاریفی است که از بهزیستی ذهنی شده است (۵). کیفیت زندگی مفهومی اجتماعی- روان شناختی است. از یک سو با توجه به روش‌هایی که محیط، فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، کیفیت زندگی مفهومی اجتماعی است و از سوی دیگر فرد این تأثیرها را ادراک و تفسیر می‌کند، مفهومی چند بعدی است (۱). کیفیت زندگی موضوعی است که مورد توجه بسیاری از پژوهشگران در تمامی زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی قرار گرفته است. این موضوع به منظور بررسی پیامدهای خدمات و مداخلات به ویژه مورد توجه پژوهشگرانی است که در زمینه ناتوانی‌ها و بیماری‌ها کار می‌کنند. کیفیت زندگی مفهومی می‌باشد که نه تنها حاوی همه جنبه‌های زندگی مانند: اجتماعی، فیزیکی، عاطفی و معنوی است، بلکه علاوه بر نیازهای فردی از قبیل امیال و آرزوها به هنجارهای فرهنگی و اجتماعی نیز توجه دارد (۶).

اعمال رفتارهای والدین و تعاملات خانوادگی افراد با رفتارهای بزهکارانه ارتباط دارد. مرور پیش بینی کننده‌های مهم بزهکاری در نوجوانان پسر، نشان داد که رفتار و عملکردهای خانوادگی، مهم‌ترین و اولین پیش بینی کننده بزهکاری در آنان است. عناصر مهم رفتارهای خانوادگی عبارتند از عدم تجانس و ناهمگونی، سهل انگاری، دعوا، درگیری و مشاجره، رفتارهای انضباطی بسیار تنبیه کننده و توأم با سخت گیری این ویژگی‌ها نه تنها پیش بینی کننده خوبی برای شروع و تداوم رفتارهای بزهکارانه‌اند، حتی می‌توانند انواع مختلف و اشکال متفاوت رفتار بزهکاری را پیش بینی کنند (۷). امروزه بی تردید یکی از مسائل پیچیده و ناراحت کننده که توجه بسیاری از روانشناسان و جامعه شناسان و جرم شناسان را به خود معطوف داشته، موضوع کودکان و نوجوانان بزهکار است که روز به روز هم گسترش بیشتری می‌یابد. آمارهای منتشر شده نشان می‌دهد که علی رغم بهبود وضع زندگی به لحاظ رشد و تحولات فرهنگی و اجتماعی و همچنین توسعه و گسترش مراکز و مؤسسات خدمات روانشناختی، باز شاهد آمار جرائم ارتكابی کودکان و نوجوانان افسار گسیخته می‌باشیم. عوامل و دلایل احتمالی زیادی بر این پدیده ناگوار اجتماعی مرتبط است که از جمله آن‌ها مسائل مربوط به علل اجتماعی، خانوادگی و ویژگی‌های شخصیتی، شناختی، خود فرد بزهکار می‌باشد. همچنین تأثیرات سوء که بر افراد خانواده و بویژه مادر می‌گذارد (۸). از آنجا که دانش آموزان از سازندگان فردای کشوری باشند، سلامت روان اعضای خانواده و بویژه مادران آنان از اهمیت ویژه‌ای در یادگیری و افزایش آگاهی علمی برخوردار است (۹). در واقع عنوان کیفیت زندگی مانند چتر بزرگی است که عوامل متعددی را تحت پوشش قرار می‌دهد. این عوامل بر زندگی مؤثر بوده و در شکل گیری روابط فردی نقش دارند (۱۰). کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی است.

هنجاریابی کرده است. وی این مقیاس را بر روی ۲۴۸ نفر اجرا کرد و پایایی آن با سنجش همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. در پژوهش دیگر پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۱ بدست آمد (۱۸). برای تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد که با انجام آزمون‌های تی مستقل و کی-دو و محاسبه ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تحلیل شدند. سطح معنی داری برابر با ۵ درصد در نظر گرفته شد. در پژوهش حاضر روایی این پرسشنامه که به روشی که قبلاً توضیح داده شد حداقل ۸۷/۵ حداکثر ۱۰۰ بدست و همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد.

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به ۱۲۰ نفر، ۶۰ نفر در هر گروه تحلیل شد. میانگین (انحراف معیار) سن مادران کودکان بزهکار ۴۹/۵۰ (۶/۱۹) و مادران کودکان سالم ۴۸/۸۰ (۶/۴۱) بود که در هر دو گروه بیشتر مادران در گروه سنی ۴۵-۵۵ سال بودند. دو گروه مادران کودکان بزهکار و سالم بر اساس متغیرهای زمینه‌ای با هم مقایسه شدند که نتیجه در **جدول ۱** گزارش شده است. اختلاف معنی داری بین سن، وضعیت مسکن و شغل در دو گروه مادران کودکان بزهکار و سالم وجود نداشت (به ترتیب، $P = 0/167$ ، $P = 0/081$ ، $P = 0/240$) در حالی که اختلاف معنی داری بین وضعیت تأهل، تحصیلات و درآمد وجود داشت (به ترتیب، $P < 0/001$ ، $P < 0/043$ ، $P < 0/001$). درصد مادران بیسواد، بیوه یا مطلقه و همچنین با درآمد کمتر از ۵۰۰ هزار تومان در ماه در گروه مادران کودکان بزهکار نسبت به گروه مادران سالم بیشتر از بود.

همان طور که **جدول ۲** نشان می‌دهد میانگین (انحراف معیار) تاب آوری در مادران کودکان بزهکار برابر ۴۰/۶۵ (۱۲/۲۹) و در مادران کودکان سالم ۵۹/۵۵ (۱۲/۸۰) بود که اختلاف معنی داری بین میانگین تاب آوری در دو گروه مادران وجود داشت و تاب آوری در مادران کودکان سالم بالاتر از مادران کودکان بزهکار بود ($P < 0/001$). همچنین میانگین (انحراف معیار) کیفیت زندگی در مادران کودکان بزهکار برابر ۱۳۸۶/۵۸ (۶۴۵/۲۶) و در مادران کودکان سالم ۲۶۹۲/۵۰ (۵۱۸/۳۴) بود که اختلاف معنی داری بین میانگین کیفیت زندگی وجود داشت و کیفیت زندگی مادران کودکان سالم بهتر از مادران کودکان بزهکار بود ($P < 0/001$).

همبستگی پیرسون بین تاب آوری با کیفیت زندگی در گروه مادران بزهکار معنی دار بود ($P < 0/001$). ولی در گروه مادران سالم معنی دار نبود ($P = 0/081$). در مادران بزهکار، هر چه کیفیت زندگی بالاتر باشد تاب آوری مادران نیز بالاتر خواهد بود (**جدول ۳**).

جدول ۴ نتایج حاصل از برازش مدل رگرسیون به منظور بررسی ارتباط متغیرها با تاب آوری را نشان می‌دهد (سطح پایه برای هر متغیر در پراشر ذکر شده است). متغیرهای کیفیت زندگی و گروه مادران کودکان بزهکار و سالم با متغیر تاب آوری ارتباط معنی داری داشتند. به ازای یک واحد افزایش در کیفیت زندگی، میانگین تاب آوری مادران به اندازه ۰/۰۱ افزایش می‌یابد. میانگین تاب آوری در مادران کودکان سالم به اندازه ۸/۹۸ واحد بیشتر از میانگین تاب آوری در مادران کودکان بزهکار بود، در نتیجه می‌توان گفت که وضعیت تاب آوری در مادران کودکان سالم بهتر بود.

۶۰ نفر از مادران کودکانی که در کانون‌های اصلاح و تربیت نگهداری می‌شدند انتخاب شدند. معیار ورود مادران کودکان بزهکار، داشتن یک کودک بزهکار در کانون اصلاح و تربیت بود و همچنین مادران کودکان سالم به تعداد ۶۰ نفر به صورت در دسترس هدفمند با توجه به اهداف پژوهش از سطح شهر زنجان انتخاب شدند که همتراز نشده بودند و هدف مقایسه دو گروه در سطح تاب آوری و کیفیت زندگی بود. تعداد نمونه لازم بر اساس یک نمونه مقدماتی به حجم ۲۰ (۱۰ نفر در هر گروه) با مقادیر $\alpha = 0.05$ ، $\beta = 0.2$ و ضریب همبستگی ۰/۳۶- بین تاب آوری و کیفیت زندگی در مادران کودکان سالم ($r = -0/36$) با استفاده از فرمول $3 + 2 \left(\frac{Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \log \frac{1+r}{1-r}} \right)^2$ تقریباً برابر با ۶۰ نفر به دست آمد که در گروه مادران بزهکار نیز همین تعداد نمونه انتخاب شد.

در این پژوهش از "مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون" و "فرم کوتاه بررسی سلامت ۳۶" (Short Form Health Survey (SF-36)) سوالی که از ۸ زیرمقیاس تشکیل شده استفاده شد. "فرم کوتاه بررسی سلامت ۳۶" توسط سازمان بهداشت جهانی، جهت بررسی سلامت در دو بعد سلامت روانی و جسمانی تهیه شد و در سال ۱۹۹۱ در جمعیت‌های متفاوتی از ایالات متحده آمریکا اجرا شد و در سال ۱۹۹۳ کاربرد آن جهانی شد. "فرم کوتاه بررسی سلامت ۳۶" از ۸ زیرمقیاس تشکیل شده است و هر زیرمقیاس متشکل از ۲ الی ۱۰ ماده است. هشت زیرمقیاس این پرسشنامه عبارتند از: عملکرد جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی همچنین از ادغام زیر مقیاس‌ها دو زیرمقیاس کلی با نام‌های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید. در این پرسشنامه نمره پایین‌تر نشان دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر است و برعکس. روایی این پرسشنامه در آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد (۱۶). همچنین میانگین ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی با روش آزمون مجدد ضریب همبستگی ۰/۸۷ بدست آورده‌اند (۱۷).

در پژوهش حاضر شاخص روایی محتوای توسط ۱۵ نفر از مدرسین دانشگاه‌های تبریز، تهران، نیرو هوایی ارتش، زنجان، تأیید شد. سپس به ۵ نفر مادر سالم و ۵ نفر مادر بزهکار داده شد که شاخص روایی آن‌ها حداقل ۹۱/۲۵ و حداکثر ۱۰۰ بدست آمد. پایایی این پرسشنامه به ۱۰ نفر از مادران کودکان بزهکار و ۱۰ نفر مادران کودکان سالم ارائه شده و ۱۰ روز بعد نیز دوباره پرسشنامه به همان تعداد نفرات ارائه شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و باز آزمایی این ابزار ۰/۸۳ بدست آمد. (۱۶). مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون که این پرسشنامه را کانر و دیویدسون با مرور منابع پژوهشی در حوزه تاب آوری تهیه کردند. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرت بین (کاملاً نادرست) و (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. حداکثر نمره ۱۰۰ و حداقل صفر می‌باشد (۱۷). این ابزار همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، روایی همگرا و واگرای کافی دارد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که این مقیاس یک ابزار چند بعدی است و وجود پنج عامل شایستگی/ استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/ تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییر/ روابط ایمن، کنترل و معنویت را برای این مقیاس تأیید کرده است (۱۵). این مقیاس را برای استفاده در ایران

جدول ۱: مقایسه متغیرهای زمینه‌ای در دو گروه مادران کودکان بزهکار و سالم

P value *	آماره آزمون	مادران کودکان سالم		مادران کودکان بزهکار		طبقه
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
						سن (سال)
۰/۱۶۷	۳/۵۹					کمتر از ۴۵
		۳۰/۰	۱۸	۱۸/۳	۱۱	۴۵-۵۵
		۴۵/۰	۲۷	۶۱/۷	۳۷	بالای ۵۵
		۲۵/۰	۱۵	۲۰/۰	۱۲	
<۰/۰۰۱	۱۳/۷۱					وضعیت تأهل
		۸۳/۳	۵۰	۵۱/۷	۳۱	متأهل
		۱۶/۷	۱۰	۴۸/۳	۲۹	بیوه یا مطلقه
۰/۰۴۳	۶/۲۹					تحصیلات
		۱۸/۳	۱۱	۳۸/۳	۲۳	بیسواد
		۷۱/۷	۴۳	۵۶/۷	۳۴	زیر دیپلم
		۱۰/۰	۶	۵/۰	۳	دانشگاهی
۰/۲۴۰	۰/۸۹					شغل
		۸۵/۰	۵۱	۷۸/۳	۴۷	خانه دار
		۱۵/۰	۹	۲۱/۷	۱۳	کارمند یا کار درخانه
<۰/۰۰۱	۲۴/۰					درآمد
		۱۳/۳	۸	۵۳/۳	۳۲	کمتر از ۵۰۰ هزار
		۷۰/۰	۴۲	۳۰/۰	۱۸	۵۰۰۰۰۰-۱۰۰۰۰۰۰
		۱۶/۷	۱۰	۱۶/۷	۱۰	بالای ۱۰۰۰۰۰۰
۰/۰۸۳	۳/۰۰					وضعیت مسکن
		۲۶/۷	۱۶	۴۱/۷	۲۵	اجاره‌ای
		۷۳/۳	۴۴	۵۸/۳	۳۵	غیراجاره‌ای

* آزمون کی-دو

جدول ۲: مقایسه میانگین تاب آوری و کیفیت زندگی در دو گروه مادران کودکان بزهکار و سالم

P value *	آماره آزمون	سالم	بزهکار	متغیر
<۰/۰۰۱	-۸/۲۵	(۱۲/۸۰) ۵۹/۵۵	(۱۲/۲۹) ۴۰/۶۵	تاب آوری
<۰/۰۰۱	-۱۲/۲۲	(۵۱۸/۳۴) ۲۶۹۲/۵۰	(۶۴۵/۲۶) ۱۳۸۶/۵۸	کیفیت زندگی

* آزمون تی

جدول ۳: همبستگی میان تاب آوری با کیفیت زندگی در دو گروه مادران کودکان بزهکار و سالم

گروه	کیفیت زندگی	r	P
بزهکار		r = ۰/۵۷	P < ۰/۰۰۱
سالم		r = -۰/۲۳	P = ۰/۰۸۱

بحث

نشده. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های ذیل همسو می‌باشد: جنیفر و پاترسون (۱۹) در بررسی نوع خانواده و رابطه آن با بزهکاری پی بردند که بهترین پیش‌بینی کننده بزهکاری نوجوانان کیفیت رابطه آنان با والدین خود بوده است. چاپل (۲۰) نشان می‌دهد مشاجرات والدین و پایین بودن کیفیت زندگی والدین کودکان بزهکار نسبت به کودکان

نتایج پژوهش نشان می‌دهد مادران کودکان بزهکار و سالم در متغیرهای درآمد، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل با یکدیگر متفاوت بودند. و کیفیت زندگی و تاب آوری در مادران سالم بالاتر از مادران بزهکار بود. تاب آوری با کیفیت زندگی در گروه مادران بزهکار رابطه مثبت و معنی داری داشت اما در بین مادران کودکان سالم رابطه معنی داری مشاهده

مدرسه‌های ضعیفی دارند، و در سطح خانوادگی ارتباط والد - فرزند ضعیف، نظارت والدینی ضعیف (مانند والدینی که از محل نوجوانان خود بی‌خبرند) و فقدان حمایت خانوادگی، از طرف دیگر، ویژگی‌هایی همچون خود نظم دهی ضعیف، تکانشی بودن، نوجویی عاطفه منفی بالا، ادراک خطر پایین، دربروز رفتارهای بزهکارانه دخیل قلمداد شده‌اند. رولسیون و شرمن، معمولاً پیچیدگی در فعالیت‌های بزهکارانه ارتباط مثبتی با عوامل شخصیتی، از قبیل ناسازگاری اجتماعی دارد. مطالعات گزارش داده‌اند اشخاصی که به سمت رفتارهای بزهکارانه جلب می‌شوند نمرات بالاتری در وابستگی، مطلوب بودن، برتری و عزت نفس متغیر دارند و آن‌ها خطر رابطه جنسی، خطر سیگار کشیدن، پرخطر بودن و تکانشی بودن معنی دار نشان داده‌اند.

سالم بیشتر است. این نتایج از آن جهت همسو با نتیجه پژوهش حاضر می‌باشد که کیفیت زندگی مادران کودکان سالم بالاتر از مادران کودکان بزهکار بود. حق رنجبر، کاکاوند، برجعلی و برماس (۲۱) در پژوهش خود نشان دادند همبستگی مثبت و معنی داری بین تاب آوری و کیفیت زندگی وجود دارد. کیانزاد اندواری، قمری و فتحی اقدام (۲۲) نشان دادند کیفیت زندگی و تاب آوری در معلمان با یکدیگر رابطه مثبت و معنی داری دارد. این نتایج از آن جهت همسو با نتیجه پژوهش حاضر می‌باشد که کیفیت زندگی و تاب آوری مادران کودکان سالم بالاتر از مادران کودکان بزهکار بود. گاسمن و بوش، چند عامل که نوجوانان را مستعد رفتارهای بزهکارانه می‌سازد را شناسایی کرده‌اند: در سطح فردی: عدم آگاهی از توانایی‌ها، کسانی که عزت نفس پایینی دارند، کسانی که در گروه‌های منفی همسالان عضویت دارند و کسانی که تعهد

جدول ۴: نتایج حاصل از برازش تحلیل رگرسیون به منظور بررسی ارتباط متغیرها بر تاب آوری

متغیر	ضریب رگرسیونی	خطای معیار	آماره آزمون	P value
عرض از مبدأ	۲۹/۵۵	۱۰/۲۰	۲/۹۰	۰/۰۰۵
گروه (مادران کودکان بزهکار)	۸/۹۸	۳/۵۱	۲/۵۵	۰/۰۱۲
سن (بالای ۵۵ سال)				
کمتر از ۴۵	۱/۶۸	۳/۵۱	۰/۴۸	۰/۶۳۲
۴۵-۵۵	۲/۲۱	۲/۹۱	۰/۷۶	۰/۴۴۹
شغل	-۱/۱۵	۳/۱۴	-۰/۳۷	۰/۷۱۳
وضعیت مسکن (غیر اجاره ای)	-۰/۱۲	۲/۵۹	-۰/۰۵	۰/۹۶۴
وضعیت تأهل	-۰/۴۸	۲/۸۱	-۰/۱۷	۰/۸۶۵
تحصیلات (دانشگاهی)				
بیسواد	-۸/۲۴	۵/۱۴	-۱/۶۱	۰/۱۱۱
زیردیپلم	-۶/۷۲	۴/۴۱	۱/۵۲	۰/۱۳۱
درآمد (بالای ۱۰۰۰۰۰۰ تومان)				
کمتر از ۵۰۰ هزار	-۰/۲۹	۳/۸۲	-۰/۰۸	۰/۹۴۱
۵۰۰۰۰۰-۱۰۰۰۰۰۰	-۱/۴۹	۳/۱۹	-۰/۴۷	۰/۶۴۱
کیفیت زندگی	۰/۰۱	۰/۰۰۲	۳/۵۳	۰/۰۰۱

را بالا برده و با ناملایمات زندگی با توان بیشتری کنار بیایند. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در خصوص اثربخشی روش‌های آموزشی و درمانی مختلف بر ارتقای سلامت روانی و سطح تاب آوری، کیفیت زندگی و سلامت روان مادران انجام دهند. به پژوهشگران توصیه می‌شود در پژوهش‌های خود ارتباط وضعیت تاب آوری، سلامت روان و کیفیت زندگی پدران و همشیره‌های کودکان را در بزهکاری آنان مورد بررسی قرار دهند.

نتیجه گیری

برخورداری از کیفیت مطلوب زندگی همواره آرزوی بشر بوده است، در ابتدا این کیفیت زندگی تنها با بهبود وضعیت ظاهری از قبیل میزان درآمد، تحصیلات، سلامتی جسمی و مسکن ارزیابی می‌شد، چرا که تنها داشتن رفاه مادی بیشتر، معنی کیفیت زندگی بهتر را در بر داشته است. به مرور روانشناسان و متخصصان سلامت اعلام کردند که ملاک اصلی داشتن یک کیفیت زندگی مطلوب، تنها برخورداری از

با توجه به اینکه توانمندی به فرد تاب آور کمک می‌کند تا شرایط تنش زا را مدیریت کند و در مقابله با مصائب و مشکلات زندگی نه تنها جان سالم به در برد، بلکه بتواند به سطح جدیدی از تعادل و رشد مثبت دست یابد و چون تاب آوری فرآیندی پویا است که به متن زندگی وابسته است و وقتی به طور موفقیت آمیز کسب شود قابلیت‌های فردی را تقویت می‌کند و به طور کلی به مفهوم پیامدهای مثبت به رغم تجربه‌های ناگوار، ناملایمات، عملکرد مثبت و مؤثر در شرایط ناگوار و بهبودی بعد از یک ضربه مهم می‌باشد. هرچقدر والدین تاب آوری بالاتری داشته باشند توان عملکرد مثبت در شرایط ناگوار بالاتر می‌رود و می‌توانند در برابر رنج ناشی از نگهداری فرزند بزهکار مقاوم‌تر بوده و کیفیت زندگی در این وضعیت بالاتر خواهد بود. این پژوهش بر روی مادران کودکان بزهکار و سالم شهر زنجان صورت گرفته و در تعمیم نتایج به افراد و گروه‌های دیگر دارای محدودیت است. یافته‌های این پژوهش می‌تواند در تدوین برنامه‌هایی برای افزایش تاب آوری والدین دارای کودکان بزهکار به کار برد. تا این خانواده‌ها کیفیت زندگی خود

این مقاله حاصل پایان نامه دانشجوی ارشد قاسملو و به راهنمایی خانم دکتر فریده یغمایی می‌باشد. در اینجا لازم است از کلیه مسئولین کانونهای اصلاح و تربیت استان زنجان تشکر ویژه داشته باشیم. همچنین از مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان بویژه گروه روانشناسی و مدیر گروه محترم جناب آقای دکتر حجازی تشکر و قدردانی می‌کنیم. حامی طرح دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان به کد پایان نامه شماره 62620705932033.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

References

1. Hanestad B. Quality of life and Insulin dependent diabetes mellitus. Bergen: Department of public Health and Primary Health Care. Davison for Nursing Science University of Bergen, 2002.
2. Mattesson P. Womans Health During the Child Bearing Years: A Community Based Approach: Mosby Cares; 2001.
3. Shakerinia I, Mohammad poor M. Relationship between hardiness and resiliency with mental hygiene in male mountaineer in Rasht city. 1st Congress of Covert Pathology; Kurdistan, Iran2009. p. 13_6.
4. Bsarat M. Resilience, vulnerability and mental health. J Psychol Sci. 2014;24(2):383-73.
5. Yaghmei F, Mohajeri S. Quality of life of mothers of children with special needs:A qualitative study. J Urmia Nurs Midwifery. 2014;53(12):1033-41.
6. Nejadnaderi S. Assess psychiatric symptoms and quality of life among addicts, addicts AIDS and healthy individuals in Kerman. Kerman: University of Imam Khomeini; 2008.
7. Khodayarifard M, Abdyny Y. The problem health of adolescent and youth. Tehran: Tehran University Publications; 2008.
8. Shambayati H. Children & Adolescents Delinquency. Tehran: Marvi Publications; 2000.
9. Saki K, Kykhany S. Assess the mental health of student Ilam University of Medical Sciences Aylam. J Univ Med Sci Aylam. 2003;34(35):11-5.
10. Khwarizmi S. Quality of life and well-being indicators. Tehran: public relations and advertising Company Ad Seven; 2010.
11. Bakhsandeh A. The effect of respiratory exercise on quality of life for asthma patients referred to the clinic in Sanandaj. Tehran: Iran University of Medical Sciences and Health Services; 2004.
12. Farguhar M. Definitions of quality of life. A taxonomy. J Adv Nurs. 1995;22(3):502-8.
13. Hassan Purdhrdy A. The relationship between cancer characteristics and quality of life in cancer patients

امکانات مادی نیست، بلکه این حالت بیشتر بستگی به احساس رضایت و برداشت ذهنی و روانی از مفهوم کار، اشتغال و مسکن دارد. از آنجا که تاب آوری افراد را قادر خواهد ساخت با سختی‌ها و مشکلات و چالش‌ها سازگار شود براساس نتایج این پژوهش مبنی بر رابطه تاب آوری و کیفیت زندگی به نظر می‌رسد در صورتی که بتوان تاب آوری مادران کودکان بزهکار را بالا برد می‌توان باعث افزایش کیفیت زندگی آنها نیز شد و از آنجا که کیفیت زندگی بالا می‌تواند باعث رضایت از زندگی بیشتر شود.

سپاسگزاری

- undergoing chemotherapy referred to selected clinic of Tehran University of Medical Sciences. Tehran: Welfare University; 2005.
14. Erfani Jourabchi A. Quality of life and its relationship to the severity of stress in hemodialysis patients in hospitals in Mashhad Medical Sciences and Health Services. Mashhad: University of Medical Sciences; 2005.
 15. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82. DOI: [10.1002/da.10113](https://doi.org/10.1002/da.10113) PMID: [12964174](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12964174/)
 16. Salar A, Ahmadi F, Fagieh zadeh S. The effect of continuous consultation on the quality of life of elderly people in Zahedan. *Zahedan J Res Med Sci*. 2004;4(5):15-9.
 17. Mohammadi M. Factors affecting resiliency in individuals at risk for substance abuse. Tehran: Welfare and Rehabilitation Sciences university; 2006.
 18. Shafi'zadeh R. Relationship resiliency with five personality factors. *J Knowledge Res Appl Psychol*. 2014;13(3):102-95.
 19. Wainright JL, Patterson CJ. Delinquency, victimization, and substance use among adolescents with female same-sex parents. *J Fam Psychol*. 2006;20(3):526-30. DOI: [10.1037/0893-3200.20.3.526](https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.3.526) PMID: [16938011](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16938011/)
 20. Japel C. Early parental separation and children adjustment. *Child Adolesc Psychiatr*. 2009;7:259-71.
 21. Hagah Ranjbar F, Kakavand A, Borjali A, Habermas H. Resiliency and quality of life of mothers of children with intellectual disability. *J Health Psychol*. 2012;1(1):177-87.
 22. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*. 2004;59(1):20-8. DOI: [10.1037/0003-066X.59.1.20](https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20) PMID: [14736317](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14736317/)

Comparing Resilience and Quality of Life of Mothers with Delinquent Children and Mothers with Healthy Children

Farzaneh Ghassemloo¹, Farideh Yaghmaei^{2,*}

¹ MSc Student. Department of General Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran

² Associate Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran

* **Corresponding author:** Farideh Yaghmaei, Associate Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran. E-mail: farideh_y2002y@yahoo.com

Received: 17 Jan 2017

Accepted: 22 May 2017

Abstract

Introduction: Mothers with delinquent children with respect to various mental health factors are different from other mothers. The aim of this study was to compare the resilience and quality of life of mothers with delinquent children and mothers with healthy children in Zanjan City, Iran, in 2016.

Methods: In this descriptive-comparative study, 120 mothers (60 mothers with delinquent children and 60 with healthy children) were selected using the convenience and purposive sampling methods. Data were collected by the Connor-Davidson Resilience Scale and short-form health survey (SF-36). Reliability of the SF-36 health survey was measured by the Cronbach's alpha (0.83) and test retest (0.83). The Cronbach's alpha of the Connor-Davidson Resilience Scale was 0.89. Data were analyzed using the SPSS 21 software.

Results: There was a positive correlation between resilience and quality of life ($P < 0.001$) of mothers with delinquent children and also in mothers with healthy children ($P < 0.001$). Moreover, the quality of life and resilience of mothers with healthy children was higher than mothers with delinquent children.

Conclusions: This study shows that the quality of life is positively correlated with resilience. Similarly, the quality of life and resilience of mothers with delinquent children is lower than the healthy ones. As such, to enhance the quality of life and the resilience of these mothers, it is recommended to organize training courses for mothers with delinquent children.

Keywords: Resilience, Quality of Life, Mothers of Delinquent Children and Healthy