

Development of a Resilience Fostering Program, and Its Effectiveness on Psychological Well-being in Adolescents with Externalizing and Internalizing Behavioral Disorders

Hamid Alizadeh¹, Ph.D, Manizheh Kaveh Ghahfarokhi², Ph.D, Majid Yoosefi Looyeh³, Ph.D, Alireza Roohi⁴

Received:19.12. 11 Revised:9.4.12 Accepted: 12.11. 12

تدوین برنامه پرورش تاب‌آوری و بررسی تأثیر آن بر بهزیستی روانی نوجوانان با اختلالهای رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود

دکتر حمید علیزاده^۱، دکتر منیژه کاوه قهفرخی^۲،
دکتر مجید یوسفی لویه^۳، علیرضا روحی^۴

دریافت: ۹۰/۹/۲۸، تجدیدنظر: ۹۱/۱/۲۱، پذیرش: ۹۱/۸/ ۲۲

Abstract

Objective: This study examines the development of a resilience fostering program, and its effectiveness on psychological well-being in adolescents with externalizing and internalizing behavioral disorders. **Method:** In this developmental, and semi-experimental study, 58 adolescents (age mean = 12.77, SD = 0.88) participated. Neil & Dais' Scale (2001), Achenbach's Child Behavior Checklist (CBCL) - Persian version- (Minaei, 2004), Skehill' General Well-being (2001), were respectively completed for resilience, behavioral disorders, and psychological well-being. **Results:** Covariance analysis revealed that the program could increase psychological well-being in the post test stage ($P < .05$), but not in the follow-up. On the other hand, resilience was enhanced and kept both in post-test and follow-up stages ($P < .05$). **Conclusion:** Accordingly, we can suggest that this program could improve psychological well-being, resilience, and behavioral disorders in some aspects.

Keywords: Resilience, Well-being, Externalizing and Internalizing Behavioral Disorders.

1. Corresponding author: Associate professor, Allameh Tabatabaie University (Email: hamidalizadeh@yahoo.com)
2. Assistant professor, shahrkord university
3. Assistant professor Azad university
4. Ministry of Education

چکیده

هدف: در پژوهش حاضر، برنامه‌ای برای پرورش تاب‌آوری تدوین شده و سپس تأثیر آموزش آن بر بهزیستی روانی نوجوانان با اختلالهای رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود بررسی شده است. روش: پژوهش حاضر، از نوع بنیادی-کاربردی و روش پژوهش، روش نیمه‌آزمایشی است. تعداد ۵۸ نفر (با میانگین سنی ۱۲/۷۷ و انحراف معیار ۰/۸۸) در پژوهش شرکت داده شدند. مقیاس تاب‌آوری نیل و دایس (۲۰۰۱)، نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (مینایی، ۱۳۸۴) و مقیاس بهزیستی عمومی اسکهل (۲۰۰۱) به ترتیب برای ارزیابی تاب‌آوری، اختلالهای رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود، و بهزیستی روانی استفاده شده است. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش تاب‌آوری، باعث افزایش بهزیستی روانی شرکت‌کنندگان در مرحله پس‌آزمون می‌شود ($P < ۰/۰۵$) ولی اثر آن تا مرحله پیگیری باقی نمی‌ماند؛ همچنین، آموزش تاب‌آوری، باعث افزایش تاب‌آوری در این نوجوانان می‌شود و اثر آن در مرحله پیگیری نیز باقی می‌ماند ($P < ۰/۰۵$). **نتیجه‌گیری:** بر این اساس می‌توان نتیجه‌گیری کرد که برنامه تاب‌آوری تدوین شده توانسته است ضمن بهبود نسبی بهزیستی روانی دانش‌آموزان دارای اختلالهای رفتاری، موجب ارتقای میزان تاب‌آوری و کاهش شدت اختلالهای رفتاری آنها شود.

واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری، بهزیستی روانی، اختلالهای رفتاری، درون‌نمود و برون‌نمود

۱. نویسنده مسئول: دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی
۲. استادیار دانشگاه شهرکرد
۳. استادیار دانشگاه آزاد
۴. آموزش و پرورش

مقدمه

شواهد فزاینده‌ای در مورد اهمیت تاب‌آوری^۱ و سلامت در زندگی و رشد نوجوانان وجود دارد (برادی، ۱۹۹۳؛ کاربنل و همکاران، ۱۹۹۸؛ هوارد، ۱۹۹۶؛ جسر و همکاران، ۱۹۹۵؛ لوتار و زیگلر، ۱۹۹۱؛ ۱۹۹۸؛ رافائل، ۱۹۹۳؛ ورنز، ۱۹۹۵) به گونه‌ای که برخی روان‌شناسان راهبردها و اقدامات پیشگیرانه تاب‌آوری را به منظور حفظ سلامت روانی کودکان و نوجوانان مورد تأکید قرار داده‌اند (پرینس امبوری، ۲۰۰۸). مطالعه تاب‌آوری در میان نوجوانان و جوانان، از اهمیت بالایی برخوردار است؛ زیرا انتقال به دوره بزرگسالی، پدیده‌ای پرچالش، پرخطر و استرس‌زا است (مونتگومری و همکاران، ۲۰۰۸). برنامه‌های افزایش تاب‌آوری به نوجوانان کمک می‌کند تا با چالشها مواجه شوند و آنها را با موفقیت پشت سر بگذارند (استفنز، ۲۰۱۲). تاب‌آوری توانایی استقامت فرد در برابر شرایط دشوار و غلبه بر آن با حفظ سلامت روانی، شوخ‌طبعی و بهزیستی است (کارلتون و همکاران، ۲۰۰۶) و نقطه مقابل آسیب‌پذیری به شمار می‌آید و تا حدی ویژگی شخصیتی و متأثر از عوامل محیطی است. از این‌رو، که می‌توان ظرفیت آموزش گفته‌شده را ارتقاء داد و به افراد کمک کرد تا با رویدادها و واقعیت‌های ناخوشایند زندگی به‌گونه‌ای مثبت و کارآمد رویارو شوند (کورهونز، ۲۰۰۷، مک آلیستر و لو، ۲۰۱۱).

پژوهشها نشان می‌دهند دوره نوجوانی به‌ویژه، دوره‌ای پرخطر برای بروز اختلالات رفتاری است (گیلوم و شاو، ۲۰۰۴؛ کافمن، ۲۰۰۵؛ لئوبر و هی، ۱۹۹۷). مطالعه اختلالات رفتاری در دوره نوجوانی و مداخله‌های مربوط به آنها از این نظر، بسیار اهمیت دارد که این اختلالات عملکرد روزمره نوجوانان را به طور چشمگیری، دچار آسیب می‌کند. افزون بر این، نادیده گرفتن این مشکلات، ممکن است به اختلالات روان‌شناختی شدیدتری در بزرگسالی منجر شوند (فردیناند و همکاران، ۱۹۹۹). اختلالات رفتاری در

دو دسته اصلی برون‌نمود^۲ و درون‌نمود^۳ طبقه‌بندی می‌شوند. اختلالات برون‌نمود شامل اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی^۴، اختلال سلوک^۵ و اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۶ و اختلالات درون‌نمود به‌طور کلی، شامل اختلالات اضطرابی و افسردگی است (بارکلی، ۱۹۹۶، ۱۹۹۸). اختلالات درون‌نمود ماهیت درون‌فردی دارند و به شکل اضطراب، ترس و افسردگی تجلی می‌یابند ولی اختلالات برون‌نمود، ماهیت بین‌فردی دارند و به شکل بیش‌فعالی، پرخاشگری، نافرمانی مقابله‌ای و رفتارهای آزارنده و تخریبی بروز می‌کنند (کمبل، ۱۹۹۵). اختلالات رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود پیامدهای قابل توجهی برای افراد دارای این اختلالات به‌ویژه نوجوانان دارند. افرادی داری اختلال برون‌نمود، به‌طور معمول برقراری ارتباط مؤثر با همسالانشان برقرار نمی‌کنند و به آنها واکنش منفی نشان می‌دهند (هوگ و استین برگ، ۱۹۹۵؛ اولند و شاو، ۲۰۰۵). درحالی‌که افراد دارای اختلالات رفتاری درون‌نمود از دیگران فاصله می‌گیرند و منزوی می‌شوند (کوی و داگ، ۱۹۹۸). از سوی دیگر، برخی شواهد بر رابطه اختلالات رفتاری نوجوانان و شاخصهای تاب‌آوری دلالت دارند؛ برای مثال، ریویج، گیلمن، چاپلین و سلیگمن (۲۰۰۵) نشان داده‌اند که بروز اختلالات رفتاری درون‌نمود با افزایش سبکهای درست کنار آمدن، راهبردهای حل مسئله و رابطه با همسالان، کاهش می‌یابد و گلداستین (۲۰۰۲) به نقل از مونتگومری و همکاران، (۲۰۰۸) نیز تواناییهای شناختی کارآمد را عامل افزایش تاب‌آوری در نوجوانان دارای اختلال رفتاری برون‌نمود می‌داند.

به‌طورکلی برخی عوامل، فرایند تاب‌آوری را تسهیل و برخی دیگر آن را تضعیف می‌کنند. عوامل دسته اول عوامل حفاظتی^۷ و عوامل دسته دوم عوامل خطرآفرین^۸ هستند؛ عامل خطرآفرین، ویژگی، تجربه یا رویدادی است که با افزایش پیامدهای خاصی به‌ویژه پیامدهای منفی و ناسازگارانه همخوانی دارد. به دیگر سخن، عوامل خطرآفرین ویژگیها یا عوامل محیطی و

مهارتهای گوناگون مربوط به تاب‌آوری، آموزش در حیطه تاب‌آوری به نوجوانان دارای اختلال رفتاری، کمک می‌کند تا ضمن شناخت بهتر از افکار، باورها، نگرشها و احساسات خود، به راهبردها و توانمندیهای لازم برای تاب‌آوری و ایمنی روانی دست یابند (بیر، ۲۰۰۶).

از سوی دیگر بهزیستی در رشد روانی مثبت به‌مثابه نوعی شاخصه، پیش‌بینی‌کننده، عامل واسطه‌گر و پیامد، نقش مهمی ایفا می‌کند (پارک، ۲۰۰۴). تاب‌آوری که در حقیقت، ظرفیت و توانایی افراد برای استقامت در برابر شرایط دشوار است، با حفظ سلامت روانی و بهزیستی افراد و ارتقای آن رابطه دارد (کارلتون و همکاران، ۲۰۰۶؛ ویس، ۲۰۰۸). همچنان که از نظر کاریوچی، هی ون و داویس (۲۰۰۷) شاخصه‌های مهم تاب‌آوری بر میزان بهزیستی نوجوانان اثر می‌گذارند. ریویچ و شاته (۲۰۰۲) نیز بر این باورند که آموختن مهارتها و سبکهای تفکر تاب‌آور، سلامت روانی را افزایش می‌دهد و باعث ارتقای سطح بهزیستی روانی و جسمی افراد می‌شود. بر این اساس، بهزیستی روانی بر میزان استقامت روان‌شناختی یا تاب‌آوری فرد در مقابل آسیب‌زها استوار شده است.

نظر به اینکه از یک سو برخی مهارتهای تاب‌آوری آموختنی هستند (کوردیچ-هال و پیرسون، ۲۰۰۳) و نیز تاب‌آوری رابطه معناداری با سلامت روانی و جسمی دارد (گلداستین و بروکس، ۲۰۰۵)، از سوی دیگر بر نیاز به طرح‌ریزی مداخله‌هایی برای افزایش تاب‌آوری در نوجوانان، به‌ویژه نوجوانان دارای اختلال رفتاری تأکید می‌شود (کارلتون و همکاران، ۲۰۰۶)، پژوهش حاضر کوشیده است تا ضمن تدوین برنامه تاب‌آوری و آموزش آن به نوجوانان دارای اختلالهای رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود، تأثیر آن را بر میزان بهزیستی روانی این نوجوانان بررسی کند. عواملی که باعث افزایش تاب‌آوری می‌شوند، عواملی ماوراءطبیعی نیستند، بلکه عوامل طبیعی جریان رشد و تحول

شرایطی هستند که باعث می‌شوند کودک یا نوجوان سازگاری پایینی داشته باشد و در حوزه‌های خاص سلامت جسمی، سلامت روانی، عملکرد تحصیلی و سازگاری اجتماعی ضعیف عمل کند. برخی از عوامل خطرآفرین شناخته شده شامل رویدادهای آسیب‌زای روانی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی ضعیف، تعارضهای خانوادگی، قرار گرفتن در معرض خشونت و وجود مشکلات شدید در والدین مانند سوء مصرف مواد یا بیماریهای روانی است (کاپلان، ۱۹۹۹). در مقابل، برخی از پژوهشهای حوزه تاب‌آوری به جست‌وجو و شناسایی عوامل حافظتی پرداخته‌اند. برای نمونه، پژوهش ورنر (۱۹۸۴) نشان داد کودکان تاب‌آور خلق و خو و ویژگیهای متفاوتی دارند و واکنشهای مثبتی نسبت به اعضای خانواده و غریبه‌ها نشان می‌دهند که باعث می‌شود در سال‌های اولیه با بزرگسالان روابط نزدیکی برقرار کنند. این کودکان در حل مسائل رویکرد فعال دارند، تجربه‌هایشان را به‌طور سازنده ادراک می‌کنند و توانایی جلب توجه مثبت دیگران را دارند.

تاکنون پژوهش در حیطه مداخله‌های پرورش تاب‌آوری در نوجوانان دارای مشکلات رفتاری، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. کارلتون و همکاران (۲۰۰۶) بر این باورند که نیاز است مداخله‌هایی برای افزایش تاب‌آوری در نوجوانان، به‌ویژه نوجوانان دارای اختلال رفتاری صورت بگیرد. از نظر این پژوهشگران ضروری است پژوهشهایی به تدوین و ارزیابی برنامه‌هایی برای ارتقای بهزیستی و افزایش تاب‌آوری نوجوانان، متناسب با بافت و فرهنگ هر جامعه اختصاص یابد.

دوره‌های پرورش تاب‌آوری موجب می‌شود تغییراتی در جهت کشف توانمندیهای شرکت‌کنندگان، بازگشت به وضعیت عادی پس از تجربه مشکلات و به‌کار بردن دانشهای کاربردی، مهارتها و نگرشهایی که در طی جلسات آموزشی کسب کرده‌اند، رخ بدهد. با توجه به تأکید صاحب‌نظران بر آموختنی بودن

دانش‌آموزان یعنی ۸۰ نفر در پژوهش مشارکت داشتند (در هر گروه ۲۰ نفر). همان‌گونه که پیش‌بینی می‌شد، تعدادی از شرکت‌کنندگان افت داشتند، برخی شرکت‌کنندگان نیز به علت اینکه پاسخنامه‌هایشان مخدوش یا ناتمام بود و یا اینکه پاسخنامه‌ها را برنگردانده بودند، از پژوهش کنار گذاشته شدند و برخی نیز به علت اینکه تعداد غیبتشان بیش از سه جلسه بود، از پژوهش خارج شدند. در نهایت در گروه مجموعاً ۶۸ نفر در پژوهش مشارکت داشتند و نمونه پژوهش حاضر را تشکیل دادند که تعداد آنها در هر گروه به تفکیک مشخص شده است.

گروه نوجوانان با اختلالاتی درون‌نمود ۳۰ نفر (شامل ۱۵ نفر در گروه آزمایش ۱۵ و ۱۵ نفر در گروه کنترل) می‌شد (۷ پسر و ۸ دختر در هر گروه). در گروه نوجوانان با اختلالاتی بیرون‌نمود نیز ۲۸ نفر که شامل ۱۴ نفر در گروه آزمایش و ۱۴ نفر در گروه کنترل می‌شد (۷ پسر و ۷ دختر در هر گروه).

روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر، روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی با جایگزینی تصادفی است؛ به این منظور به منطقه شرق به تصادف انتخاب شد (از بین منطقه غرب و شرق و شمال و جنوب که در طرح پژوهش در نظر گرفته شده بود). پس از مراجعه آموزش و پرورش و پرورش، از آن منطقه آموزشی به تصادف پنج مدرسه دخترانه و پنج مدرسه پسرانه گزینش شدند و سپس با مراجعه به مدارس مذکور و انجام اقدامهای اولیه و اجرای آزمون آخنباخ تعداد ۸۰ نفر از افراد دارای اختلال رفتاری بیرون‌نمود و درون‌نمود که مایل به همکاری و شرکت در پژوهش بودند، انتخاب و دعوت به همکاری شدند؛ سپس اعضای انتخاب شده، به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و دو گروه کنترل یا گواه جایگزین شدند و در نهایت ۵۸ نفر از این ۸۰ نفر آزمودنیهای پژوهش حاضر را تشکیل دادند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش ابزارهای زیر به منظور جمع‌آوری

هستند (واکتار، کریستی، بورگه، تورجنسن، ۲۰۰۴). برای مثال، سیاروچی، هیون و داویس (۲۰۰۷) مطرح کرده‌اند که با انجام مداخلاتی در زمینه دلگرم‌سازی، اعتماد به نفس و سبک تبیین نوجوانان می‌توان تاب‌آوری را افزایش داد؛ مداخله‌هایی که هدفشان پرورش تاب‌آوری و افزایش سازگاری مثبت با شرایط ناگوار است، برای کودکان و نوجوانان آسیب‌پذیر و دارای مشکلات روان‌پزشکی بسیار سودمند است، این‌گونه مداخله‌ها باعث افزایش منابع تاب‌آوری و کاهش احتمال عود یا وخیم‌تر شدن مشکلات روان‌شناختی آنان می‌شود. برخی محققان و صاحب‌نظران نیز افزایش عوامل محافظتی و کاهش عوامل خطر را در برنامه‌های افزایش تاب‌آوری مورد استفاده قرار داده و یا مؤثر دانسته‌اند (استفنز، ۲۰۱۲).

با وجود آنکه ضرورت‌هایی در زمینه ایجاد ایمنی روانی، پیشگیری از اختلالات رفتاری و توانمندسازی نوجوانان احساس می‌شود، خلأ پژوهشی قابل ملاحظه‌ای در این زمینه وجود دارد. زیرا اکثر کارهای پژوهشی انجام‌گرفته به‌ویژه در ایران در حوزه اختلالات رفتاری معمولاً از حد کارهای توصیفی فراتر نرفته‌اند؛ بنابراین، مسئله اساسی پژوهش حاضر این است که مؤلفه‌ها و شاخصهای برنامه مداخله‌ای مؤثر برای نوجوانان دارای اختلال رفتاری چه چیزهایی هستند و این نوع مداخله‌ها چه آثاری بر تاب‌آوری و بهزیستی روانی نوجوانان دارای اختلال رفتاری بیرون‌نمود و درون‌نمود دارد.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع بنیادی - کاربردی، و روش پژوهش، روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش-آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است.

نمونه و روش نمونه‌گیری

با توجه به اینکه روش پژوهش نیمه‌آزمایشی است، حجم نمونه در هر گروه باید حداقل ۱۵ نفر باشد. در پژوهش حاضر، در ابتدا به‌خاطر در نظر گرفتن پدیده افت و ریزش شرکت‌کنندگان، تعداد بیشتری از

داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند:

۱. مقیاس تاب‌آوری: ویژگی تاب‌آوری با مقیاس ۱۵ سؤالی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. این مقیاس را نیل و دایاس (۲۰۰۱) تهیه کرده‌اند که فرم تغییر یافته مقیاس ۲۵ سؤالی واگنیلد و یانگ (۱۹۹۳) است. در اصل نیل و دایاس، ۱۵ سؤال از ۲۵ سؤال مقیاس واگنیلد و یانگ را که دارای بیشترین روایی و بار عاملی غیرچرخشی بودند، مورد استفاده قرار دادند. این مقیاس از عبارتهای خودتوصیفی مثبت تشکیل شده است که در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً موافقم) تا ۷ (کاملاً مخالفم) درجه‌بندی می‌شود. تاب‌آوری کلی با تقسیم نمره فرد بر تعداد کل سؤالات به دست می‌آید و به این طریق میانگین مقیاس حاصل می‌شود. نمره‌های بالاتر در مقیاس نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است.

برای ساختار عاملی مقیاس ۲۵ سؤالی واگنیلد و یانگ (۱۹۹۳) دو ساختار عاملی دوبعدی^۹ و تک‌بعدی^{۱۰} مناسب برای داده‌ها شناسایی کردند. این دو ساختار عاملی «صلاحیت فردی»^{۱۱} و «پذیرش خود و زندگی»^{۱۲} بودند. تحلیل عاملی تأییدی انجام گرفته توسط محققان بر روی مقیاس تغییر یافته تاب‌آوری نشان داد که ساختار تک عاملی به خاطر کوچکی اندازه نمونه، باردهی متقاطع چندگانه روی چند عامل، مناسب بودن نارضایت بخش داده‌ها و یک پایه نظری برای بررسی تاب‌آوری کلی، مناسب‌تر است. این مورد با یافته‌های نیل و دایاس (۲۰۰۱) هماهنگ بود که با استفاده از یک عامل تاب‌آوری کلی موافق بودند.

پایایی^{۱۳} مقیاس ۲۵ سؤالی با استفاده از روش همسانی درونی در شش مطالعه از محدوده $\alpha = .76$ تا $.91$ به دست آمده است (کولی^{۱۴}، ۱۹۹۰؛ کلین^{۱۵} و جارت^{۱۶}، ۱۹۸۹؛ کلاس^{۱۷} ۱۹۹۳؛ واگنیلد و یانگ، ۱۹۸۸، ۱۹۹۰، ۱۹۹۳؛ به نقل از آروئین^{۱۸} و همکاران، ۱۹۹۷). برای فرم تغییر یافته مقیاس تاب‌آوری ۱۵ سؤالی در مطالعه نیل و دایاس (۲۰۰۱) آلفای کرونباخ معادل $.91$ به دست آمد. اعتبار^{۱۹} همزمان مقیاس

تاب‌آوری اصلی در مطالعات مختلف، با همبستگی معنادار بین مقیاس تاب‌آوری و مقیاسهایی مانند اخلاق، رضایت از زندگی، استرس، اعتماد به نفس، افسردگی و سلامت که از لحاظ نظری سازه‌های مرتبط با تاب‌آوری بودند، به دست آمد (کولی، ۱۹۹۰؛ کلین و جارت، ۱۹۸۹؛ کلاس ۱۹۹۳؛ واگنیلد و یانگ، ۱۹۸۸، ۱۹۹۰، ۱۹۹۳؛ به نقل از آروئین و همکاران، ۱۹۹۷).

در مطالعه اسکھیل (۲۰۰۱) که بر روی نوجوانان گروه سنی ۱۳ تا ۱۵ سال انجام شده، این مقیاس آلفای کرونباخ از دامنه $.85$ در اجرای اول تا $.90$ در اجرای دوم بود که مجدداً همسانی درونی بالای این مقیاس را نشان می‌دهد.

این آزمون اولین بار در ایران در این پژوهش به منظور سنجش تاب‌آوری نوجوانان دارای اختلال رفتاری مورد استفاده قرار گرفت و قبل از آن آزمون ترجمه و برای نمونه‌ای از دانش‌آموزان نوجوان عادی به عنوان گروه بررسی مقدماتی^{۲۰} اجرا و ضرایب اعتبار و پایایی آن محاسبه شد.

به منظور به دست آوردن اعتبار همزمان آزمون تاب‌آوری نیل و دایاس، بین نمرات این آزمون با نمرات آزمون مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^{۲۱} در یک گروه بررسی مقدماتی همبستگی گرفته شد و ضریب همبستگی حاصل معادل $.63$ به دست آمد. ضریب پایایی پرسشنامه تاب‌آوری نیل و دایاس در این پژوهش، با استفاده از روش آلفای کرونباخ معادل $.82$ به دست آمد.

۲. نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA):

در نظام آخنباخ برای به دست آوردن اطلاعات از سه منبع والدین، معلم و خود کودک از مقیاسهای درجه‌بندی رفتار استفاده می‌شود. این مقیاسها به ترتیب عبارت‌اند از: سیاهه رفتاری کودک^{۲۲} (CBCL)، پرسشنامه خودسنجی^{۲۳} (YSR) و فرم گزارش معلم^{۲۴} (TRF). این مقیاسها را آخنباخ براساس شیوه‌های آماری مانند تحلیل عوامل پرورش داده و به دو عامل

نشان‌دهندهٔ بهزیستی روانی بیشتر و همچنین نمره بالاتر در مقیاس ناراحتی روان‌شناختی نشان‌دهندهٔ ناراحتی روان‌شناختی بیشتر است. همبستگی دو مقیاس در اجرای اول ۰/۷۲، - و در اجرای دوم ۰/۶۵- بود. در این پژوهش به منظور سنجش بهزیستی روانی نوجوانان مقیاس مذکور مورد استفاده قرار گرفت و قبل از اجرا نیز برای نمونه‌ای ۳۰ نفری از کودکان عادی به عنوان گروه بررسی مقدماتی اجرا و ضرایب پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۰ محاسبه شد.

شیوهٔ اجرا و گرد آوری داده‌ها

بعد از نمونه‌گیری و انتخاب افراد مورد نظر طبق معیار، جمع‌آوری داده‌ها در چند مرحله صورت گرفت. در ابتدا از دانش‌آموزان برای شرکت در جلسهٔ معارفه و آشنایی با فرایند پژوهش دعوت شد و دانش‌آموزانی که مایل به شرکت در پژوهش بودند، به منظور تشخیص اختلال‌های رفتاری، پرسشنامه آخنباخ را تکمیل کردند و افراد دارای اختلال رفتاری مورد شناسایی قرار گرفتند. در مرحله بعد، پیش‌آزمونها، یعنی مقیاس‌های تاب‌آوری و بهزیستی روانی برای دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود اجرا شد؛ آنگاه از هر یک از گروه‌های دارای اختلال درون‌نمود و برون‌نمود، یکی در گروه آزمایش و دیگری در کنترل به‌صورت تصادفی جایگزین گردیدند و مجموعاً چهار گروه در این پژوهش (گروه آزمایش درون‌نمود، گروه آزمایش برون‌نمود، گروه کنترل درون‌نمود، گروه کنترل برون‌نمود) تشکیل شد. گروه‌های آزمایش در معرض برنامهٔ پرورش تاب‌آوری که از قبل برای این پژوهش تدوین شده بود، قرار گرفتند و برای گروه‌های کنترل هیچ گونه مداخله‌ای مرتبط با پرورش تاب‌آوری صورت نگرفت. این برنامه برای هر یک از گروه‌های درون‌نمود و برون‌نمود در ۱۰ جلسه یک‌ساعته اجرا شد که محتوای پنج جلسه از آن برای گروه‌ها مشترک و پنج جلسهٔ دیگر آن بسته به نوع گروه آزمایش متفاوت بود. روش آموزش

کلی که آنها را اصطلاحاً درونی‌سازی و برونی‌سازی می‌نامد، دست یافته است. لازم به ذکر است که این مقیاس دارای سه فرم خودسنجی، فرم گزارش معلم و سیاههٔ رفتاری کودک است که به‌وسیلهٔ والدین تکمیل می‌شود و در این پژوهش، از فرم خودسنجی استفاده شده است. پرسشنامهٔ خودسنجی برای سنین ۱۱-۱۸ سال هنجاریابی شده است و خود نوجوان آن را تکمیل می‌کند. پاسخ‌دهنده هر سؤال را به‌صورت ۰= نادرست است؛ ۱= تاحدی یا گاهی درست است؛ و ۲= کاملاً یا غالباً درست است، درجه‌بندی می‌کند. این نظام سنجش و مقیاس‌های آن را مینایی و همکاران (۱۳۸۴) در شهر تهران مورد انطباق و هنجاریابی قرار داده‌اند. اعتبار، همسانی درونی، ثبات زمانی و توافق متقابل پاسخ‌دهندگان و روایی نتایج فرم‌های مختلف (ASEBA) قابل قبول و در سطح بالایی هستند و به علت طولانی بودن و وجود آنها در کتابچهٔ راهنمای این نظام سنجش، از ذکر آنها خودداری می‌شود (مینایی، ۱۳۸۴).

۳. مقیاس بهزیستی عمومی: بهزیستی

روان‌شناختی (۱۰ سؤال) و ناراحتی روان‌شناختی^{۲۵} (۱۰ سؤال) در ماه گذشته در مقیاس ۲۰ سؤالی بهزیستی عمومی^{۲۶} (GWB) مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. ۲۰ سؤال این مقیاس از شاخص سلامت روان^{۲۷} (MHI) ویت^{۲۸} و واره^{۲۹} که ۳۸ سؤال دارد، گرفته شده است. هر یک از سؤالات مقیاس بهزیستی عمومی از پاسخ دهندگان سؤال می‌کند که مورد مطرح‌شده در سؤال را در طی ماه گذشته چقدر و به چه میزان تجربه کرده‌اند و هر سؤال ۶ گزینهٔ پاسخی از «همیشه» تا «هیچ وقت» دارد (اسکھیل، ۲۰۰۱).

مطالعه اسکھیل (۲۰۰۱) از مدل دو عاملی GWB حمایت کرد که خرده‌مقیاس بهزیستی روان‌شناختی در اجرای اول، آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۰، و در اجرای دوم ۰/۸۸، بود؛ همچنین مقیاس ناراحتی روان‌شناختی در اجرای اول، آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۹، و در اجرای دوم ۰/۹۱، بود. نمره بالاتر در مقیاس بهزیستی روانی

دارد، اما با توجه به ماهیت پیچیده تاب‌آوری، شواهد اندکی درباره جریان تاب‌آوری و اینکه چگونه آن را در افراد پرورش دهیم، به‌دست آمده است (ولین، ولین و ویزورک، ۱۹۹۹). ادبیات موجود نشانگر این است که برنامه‌های تاب‌آوری در برابر استرس بسته به مخاطبانشان بر مهارت‌ها و موارد خاصی تأکید داشته‌اند که از جمله آنها می‌توان به مواردی همچون درمان و مداخله شناختی - رفتاری، درمان عقلانی هیجانی، حمایت اجتماعی، آموزش مهارت‌های کنارآمدن، آموزش مهارت‌های حل مسئله، آشنایی با تاب‌آوری، آموزش مهارت‌های بین فردی و اجتماعی، افزایش اعتمادبه‌نفس، خودکارآمدی و خودارزشی، افزایش خوش‌بینی و نگرش مثبت، امید، شادکامی و دلگرم‌سازی، مدیریت و آگاهی هیجانی و کنترل تکانه‌ها، همدلی و علاقه اجتماعی، معنادرمانی و معنا دادن به مشکلات و گرفتاریها، معنویت، مذهب و توکل، منبع کنترل درونی و احساس کنترل بر موقعیتها و استفاده از شوخی و طنز در واکنش به دشواریها و مداخله‌هایی در زمینه سبک دلبستگی و غیره اشاره کرد (راتر ۱۹۸۷؛ مدی، ۱۹۸۷؛ مرازک و مرازک^{۳۱}، ۱۹۸۷؛ ماستن و همکاران، ۱۹۸۸؛ بیردسلی، ۱۹۹۰؛ ویمن، کان، ورک و کرلی، ۱۹۹۳؛ دان^{۳۲}، ۱۹۹۴؛ بروکس، ۱۹۹۴؛ کولگیت^{۳۳}، ۱۹۹۵؛ ریچاردسون^{۳۴}، ۱۹۹۵؛ والکر، ۱۹۹۶؛ سلیگمن، رایویچ، جی کاکس و گیلهام^{۳۵}، ۱۹۹۵؛ کومپاس، هیندن، گرهارت^{۳۶}، ۱۹۹۵؛ انگلند-گلدن^{۳۷} و همکاران، ۱۹۹۶؛ ورنر، ۱۹۹۶؛ تیرنی و لاوله^{۳۸}، ۱۹۹۷؛ جانسون^{۳۹}، ۱۹۹۸؛ رو، ۱۹۹۹؛ سگال^{۴۰}، ۱۹۸۶ به نقل از مک گراث، ۲۰۰۰؛ فرانکل، ۱۹۶۳ به نقل از جنینگز، ۲۰۰۲؛ فریدمن، ۲۰۰۳؛ وایت، ۲۰۰۴؛ کوردیچ-هال و پیرسون، ۲۰۰۵؛ آلورد و گرادوس، ۲۰۰۵؛ جادکینز، رید و فورلو، ۲۰۰۶؛ بیر، ۲۰۰۶؛ کینگ و همکاران، ۲۰۰۶؛ نیکلز، پولمن، لوی و بکهوس، ۲۰۰۷؛ هارت، بلینسکو و توماس، ۲۰۰۷؛ استینهارد و دولبیر، ۲۰۰۸؛ نونه و هستینگز، ۲۰۰۹؛ زاوس نیوسکی، بکت و

به‌صورت گروهی بود. آموزش همه گروهها را همکار طرح (همکار پژوهش) به‌صورت جداگانه برای دختران و پسران اجرا کرد.

لازم به ذکر است که در این پژوهش دختران و پسران هر یک از گروههای آزمایش به‌صورت جداگانه توسط همکار طرح دارای دکترای روان‌شناسی، تحت آموزش برنامه پرورش تاب‌آوری قرار گرفتند. در نهایت، از دو گروه کنترل و دو گروه آزمایش پس‌آزمون به عمل آمد. در این پژوهش به منظور سنجش اثر برنامه پرورش تاب‌آوری، مطالعه پیگیری^{۳۰} نیز پس از حدود دو ماه برای گروهها صورت گرفت.

روشها و فنون مورد استفاده در آموزش اعضاء شامل سخنرانی و بحث، مشارکت اعضاء گروه و ایفای نقش توسط آنها و صحنه‌سازی توسط پژوهشگر و تکنیک صندلی خالی بود. مواد و وسایل مورد استفاده در جلسات شامل پروژکتور و پاورپوینت و تصاویر کاغذی، تابلو، ماژیک و قلم و کاغذ و نمودار واژگان احساسات بوده است.

تکلیف اعضاء گروه بسته به موضوع جلسه، در حین جلسه یا در منزل بسته به نوع گروه (اختلال درون‌نمود یا برون‌نمود) شامل مواردی از قبیل: گزارش روزانه رویدادها، مقاومت در برابر آنها، گزارش رویدادها و باورها و پیامدهای ناشی از آن، ایفای نقش در موقعیت عملی مربوط به یکی از تجربه‌ها، گزارش رفتارهای اجتماعی مثبت و رفتارهای منفی، استفاده از یکی از مهارت‌های مدیریت استرس در موقعیت واقعی و یا آموزش دادن به دیگران، پیاده‌سازی مراحل پنج‌گانه حل مسئله را در مورد مشکلات واقعی قبلی یا جاری خود در موقعیت‌های زندگی واقعی، انجام تکلیف مربوط به مهارت همدلی، تکمیل نمودار واژگان احساسات، تکلیف مربوط به سبک تبیین، یادداشت اشتباهات قبلی و درسهای گرفته‌شده از آنها، دلگرم سازی اطرافیان و خوددلگرم سازی بود.

تدوین برنامه آموزشی

بحثهای نظری فراوانی در زمینه تاب‌آوری وجود

سورسکی، ۲۰۰۹).

در این پژوهش، ضمن بهره‌مندی از محورهای برنامه‌های آموزشی برای پرورش تاب‌آوری و اجرای چند جلسه با محتوای مشترک، تلاش شد تا محتوای برنامه متمرکز بر ایجاد تاب‌آوری در نوجوانان دارای اختلالهای برون‌نمود و درون‌نمود باشد؛ بنابراین سعی شد از بین حیطه‌های مذکور، مواردی انتخاب شوند که قابلیت مداخله را داشته باشند و در عین حال، تناسب آن با نیازها، مشکلات و استرس‌های خاص دو گروه مخاطب برنامه آموزشی یعنی نوجوانان دارای اختلالهای رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود رعایت شود. منظور اینکه برای هر یک از گروهها حیطه‌هایی در این برنامه‌ها مورد تأکید قرار می‌گیرند که نوجوانان هر گروه در آن، مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند؛ درحالی‌که توجه کمی بر مداخله‌های حیطه تاب‌آوری صورت گرفته است، بررسی ادبیات حیطه‌های تاب‌آوری، خطر و ضایعه‌های روانی نشان‌دهنده این است که منابع درونی فرد، شامل عوامل معنوی، رفتاری، شناختی، هیجانی، فیزیکی در تاب‌آوری اهمیت زیادی دارند و باید مد نظر قرار گیرند (بروکس، ۱۹۹۴).

با توجه به برنامه‌های افزایش تاب‌آوری موجود و مطالعات انجام‌شده در زمینه تاب‌آوری و براساس مدل کامپفر در زمینه عوامل درون‌فردی تاب‌آوری در حیطه‌های مختلف برای دو گروه اختلال درون‌نمود و برون‌نمود به‌طور مشترک مفاهیمی شامل اتخاذ چشم‌انداز و ادراک پدیدارشناختی محرک، آموزش بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش مهارت‌های مدیریت استرس مورد تأکید قرار گرفتند. افزون بر مباحث مذکور، حیطه‌های خاص‌تر مرتبط با دسته‌های خاص اختلال یعنی درون‌نمود و برون‌نمود نیز به برنامه اضافه شد. برای گروه دارای اختلال رفتاری برون‌نمود آموزش مهارت‌های همدلی و افزایش علاقه اجتماعی و همچنین افزایش سواد هیجانی، کنترل تکانه و مدیریت خشم به صورت

خاص مورد تأکید قرار گرفت و برای گروه دارای اختلال رفتاری درون‌نمود این حیطه‌ها شامل آشنایی با سبک‌های تفکر خوش‌بینانه و بدبینانه، افزایش احساس ارزشمندی و عزت نفس و همچنین آموزش دلگرم‌سازی شوان‌کر به برنامه اضافه شد. برنامه مورد نظر برای هر یک از گروه‌های آزمایش در ۱۰ جلسه یک ساعته اجرا شد که محتوای پنج جلسه از آن برای گروهها مشترک و پنج جلسه دیگر آن بسته به نوع گروه آزمایش و اختلال آنها متفاوت است.

برنامه پرورش تاب‌آوری برای نوجوانان دارای اختلال برون‌نمود شامل آشنایی با برنامه، معارفه اعضای گروه و آموزش درباره مفهوم تاب‌آوری، عوامل خطرآفرین و حفاظتی، اتخاذ چشم‌انداز^{۴۱}، ادراک پدیدارشناختی محرک^{۴۲}، آشنایی با شیوه‌های بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، مدیریت استرس، حل مسئله، همدلی با دیگران و افزایش علاقه اجتماع، افزایش سواد هیجانی، کنترل تکانه‌ها و مدیریت خشم است. برنامه پرورش تاب‌آوری برای نوجوانان دارای اختلال درون‌نمود شامل آشنایی با برنامه، معارفه اعضای گروه و آموزش درباره مفهوم تاب‌آوری، عوامل خطرآفرین و حفاظتی، اتخاذ چشم‌انداز^{۴۳}، ادراک پدیدارشناختی محرک^{۴۴}، آشنایی با شیوه‌های بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، مدیریت استرس، حل مسئله، آشنایی با انواع سبک‌های تفکر^{۴۵} خوش‌بینانه و بدبینانه سلیگمن و تغییر سبک تبیین بدبینانه نوجوانان به سبک تبیین خوش‌بینانه، افزایش احساس ارزشمندی و اعتماد به نفس آموزش دلگرم‌سازی و خود دلگرم‌سازی است. خلاصه‌ای از برنامه در پیوست الف و ب موجود است.

یافته‌ها

نخست شاخصهای توصیفی نمره‌های متغیرهای پژوهش ارائه شده و سپس به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود. جدول ۱ شاخصهای توصیفی نمره‌های تاب‌آوری آزمودنیها را برحسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی نشان می‌دهد.

جدول ۱. شاخصهای توصیفی نمره‌های تاب‌آوری، بهزیستی روانی و اختلال رفتاری شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

مرحله	عضویت گروهی			گروه آزمایش			گروه گواه		
	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۲۹	۵۷/۵۵	۱۰/۰	۲۹	۵۴/۷۶	۱۰/۰	۲۹	۵۴/۷۶
	پس‌آزمون	۲۹	۷۷/۵۵	۱۱/۱	۲۹	۵۴/۹۰	۱۱/۱	۲۹	۵۴/۹۰
	پیگیری	۲۹	۷۴/۹۳	۱۰/۸	۲۹	۵۴/۸۲	۱۰/۶	۲۹	۵۴/۸۲
بهزیستی	پیش‌آزمون	۲۹	۶۵/۶۵	۱۳/۰	۲۹	۶۳/۱۴	۱۷/۰	۲۹	۶۳/۱۴
	پس‌آزمون	۲۹	۸۱/۱۴	۱۳/۱	۲۹	۶۳/۷۹	۱۶/۲	۲۹	۶۳/۷۹
	پیگیری	۲۹	۶۶/۲۷	۱۳/۱	۲۹	۶۳/۰۰	۱۷/۰	۲۹	۶۳/۰۰
اختلال رفتاری	پیش‌آزمون	۲۹	۲۷/۷۶	۵/۶	۲۹	۲۵/۹۶	۲/۹	۲۹	۲۵/۹۶
	پس‌آزمون	۲۹	۲۰/۷۶	۸/۹	۲۹	۲۵/۶۵	۳/۱	۲۹	۲۵/۶۵
	پیگیری	۲۹	۲۱/۱۴	۸/۴	۲۹	۲۵/۸۶	۳/۴	۲۹	۲۵/۸۶

مرحله پیش‌آزمون برابر با ۲۷/۷۶، در پس‌آزمون برابر با ۲۰/۷۶ و در مرحله پیگیری برابر با ۲۱/۱۴ است. این میانگینها در گروه گواه به ترتیب برابر با ۲۵/۹۶، ۲۵/۶۵ و ۲۵/۸۶ هستند.

در ادامه به ارزیابی فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود. جدولهای آماری مربوط آورده می‌شود و سپس، ضمن تفسیر جدولهای مربوط، تأیید یا عدم تأیید فرضیه‌های پژوهشی تبیین می‌شوند.

فرضیه اول: آموزش تاب‌آوری باعث افزایش بهزیستی روانی نوجوانان دارای اختلال رفتاری در مرحله پس‌آزمون می‌شود.

جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری بهزیستی روانی آزمودنیها بر حسب عضویت گروهی را نشان می‌دهد. در این تحلیل نمره‌های پیش‌آزمون بهزیستی روانی، سن و تحصیلات آزمودنیها کنترل شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود، میانگین نمره‌های تاب‌آوری آزمودنیهای گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۵۷/۵۵، در پس‌آزمون برابر با ۷۷/۵۵ و در مرحله پیگیری برابر با ۷۴/۹۳ است. این میانگینها در گروه گواه به ترتیب برابر با ۵۴/۷۶، ۵۴/۹۰ و ۵۴/۸۲ است. انحراف معیار این میانگینها نیز در جدول مذکور ارائه شده است.

مطابق اطلاعات جدول شماره ۱، میانگین نمره بهزیستی روانی آزمودنیهای گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۶۵/۶۵، در پس‌آزمون برابر با ۸۱/۱۴ و در مرحله پیگیری برابر با ۶۶/۲۷ است. این میانگینها در آزمودنیهای گروه گواه به ترتیب برابر با ۶۳/۱۴، ۶۳/۷۹ و ۶۳/۰۰ است. انحراف معیار این میانگینها هم در جدول مذکور آمده است. همچنین در رابطه با نمرات اختلالات رفتاری آن‌گونه که از جدول شماره ۱ مشخص است، میانگین نمرات اختلالات رفتاری آزمودنیهای گروه آزمایش در

جدول ۲. تحلیل کوواریانس جهت بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری بهزیستی روانی بر حسب عضویت گروهی

منبع تغییرات	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
تحصیلات	پس‌آزمون	۳/۲۱	۱	۳/۲۱	۰/۰۷۰	۰/۷۹۳	۰/۱	۵/۸
	پیگیری	۰/۶۱۴	۱	۰/۶۱۴	۰/۳۷۲	۰/۶۰۴	۰/۵	۸/۰
	پس‌آزمون	۱۱/۴۴	۱	۱۱/۴۴	۰/۳۴۸	۰/۶۲۰	۰/۵	۷/۸
سن	پیگیری	۰/۷۵۵	۱	۰/۷۵۵	۰/۳۳۴	۰/۵۶۶	۰/۷	۸/۸
	پس‌آزمون	۹۰۶۹/۲۰	۱	۹۰۶۹/۲۰	۱۹۶/۹۹	۰/۰۰۱	۷۹/۴	۱۰۰
	پیگیری	۱۲۳۶۰/۱	۱	۱۲۳۶۰/۱	۵۴۷۲/۰۴	۰/۰۰۱	۹۹/۱	۱۰۰
عضویت گروهی	پس‌آزمون	۳۰۷۷/۷۲	۱	۳۰۷۷/۷۲	۶۶/۸۵	۰/۰۰۱	۵۶/۷	۱۰۰
	پیگیری	۶/۸۵	۱	۶/۸۵	۳/۰۳۲	۰/۰۸۸	۵/۶	۴۰/۱

همان طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، از بین متغیرهای کنترل، تنها نمره‌های پیش‌آزمون دارای رابطه معنادار ۹۹/۱ درصدی با نمره‌های بهزیستی روانی در مرحله پیگیری هستند ($p < 0/05$) با کنترل اثر نمره‌های پیش‌آزمون، مشاهده می‌شود که تفاوت معناداری بین میانگین نمره‌های تعدیل شده بهزیستی روانی - که از کسر اثر متغیرهای کنترل به دست می‌آید- بین دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیگیری وجود ندارد. بر این اساس، فرضیه دوم پژوهش تأیید نمی‌شود و می‌توان گفت که آموزش تاب‌آوری، باعث افزایش میزان بهزیستی روانی آزمودنیها در مرحله پیگیری نمی‌شود.

فرضیه سوم: آموزش تاب‌آوری باعث افزایش تاب‌آوری نوجوانان دارای اختلال رفتاری در مرحله پس‌آزمون می‌شود.

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر تاب‌آوری آزمودنیها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

منبع تغییرات	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
تحصیلات	پس‌آزمون	۲/۰۷	۱	۲/۰۷	۰/۰۹۱	۰/۷۶۴	۰/۲	۶/۰
	پیگیری	۰/۵۰۲	۱	۰/۵۰۲	۰/۰۲۹	۰/۸۶۶	۰/۱	۵/۳
سن	پس‌آزمون	۲/۰۴	۱	۲/۰۴	۰/۰۹۰	۰/۷۶۶	۰/۲	۶/۰
	پیگیری	۱/۵۷	۱	۱/۵۷	۰/۰۹۰	۰/۷۶۶	۰/۲	۶/۰
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴۸۹۰/۲۱	۱	۴۸۹۰/۲۱	۲۱۴/۰۷	۰/۰۰۱	۸۰/۸	۱۰۰
	پیگیری	۴۸۳۲/۵۰	۱	۴۸۳۲/۵۰	۲۷۵/۵۲	۰/۰۰۱	۸۴/۴	۱۰۰
گروه	پس‌آزمون	۵۴۳۳/۶۶	۱	۵۴۳۳/۶۶	۲۳۷/۸۶	۰/۰۰۱	۸۳/۳	۱۰۰
	پیگیری	۴۱۵۶/۸۲	۱	۴۱۵۶/۸۲	۲۳۷/۰۰	۰/۰۰۱	۸۲/۳	۱۰۰

همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، از بین متغیرهای کنترل، تنها نمره‌های پیش‌آزمون دارای رابطه معنادار ۸۰/۸ درصدی با نمره‌های تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون هستند ($p < 0/05$) با کنترل اثر نمره‌های پیش‌آزمون، مشاهده می‌شود که تفاوت معناداری بین میانگین نمره‌های تعدیل شده تاب‌آوری - که از کسر اثر متغیرهای کنترل به دست می‌آید-

همان طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، از بین متغیرهای کنترل، تنها نمره‌های پیش‌آزمون دارای رابطه معنادار ۷۹/۴ درصدی با نمره‌های بهزیستی روانی در مرحله پس‌آزمون هستند ($p < 0/05$) با کنترل اثر نمره‌های پیش‌آزمون، مشاهده می‌شود که تفاوت معناداری بین میانگین نمره‌های تعدیل شده بهزیستی روانی بین دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون وجود دارد ($p < 0/05$). بر این اساس، فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت که آموزش تاب‌آوری باعث افزایش میزان بهزیستی روانی آزمودنیها در مرحله پس‌آزمون می‌شود. میزان تأثیر (یا همان اندازه اثر) هم نشان می‌دهد که آموزش ارائه شده باعث افزایش ۵۶/۷٪ بهزیستی روانی در مرحله پس‌آزمون می‌شود. توان آماری ۱۰۰٪ هم حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون است.

فرضیه دوم: آموزش تاب‌آوری باعث افزایش بهزیستی روانی نوجوانان دارای اختلال رفتاری در مرحله پیگیری می‌شود.

تأیید می‌شود و می‌توان گفت که آموزش تاب‌آوری باعث افزایش تاب‌آوری آزمودنیها در مرحله پیگیری می‌شود. میزان تأثیر حاکی از آن است که مداخله مذکور باعث افزایش ۸۲/۳٪ تاب‌آوری آزمودنیها در مرحله پیگیری شده است. توان آماری ۱۰۰٪ هم حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون است.

فرضیه پنجم: آموزش تاب‌آوری باعث کاهش شدت اختلالهای رفتاری نوجوانان در مرحله پس‌آزمون می‌شود.

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری بر شدت اختلال رفتاری آزمودنیها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت نمره‌های شدت اختلال رفتاری آزمودنیها برحسب گروه و مرحله

منبع تغییرات	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر (%)	توان آماری (%)
تحصیلات	پس‌آزمون	۰/۲۳۰	۱	۰/۲۳۰	۰/۰۰۸	۰/۹۲۹	۰/۰۰	۵/۱
	پیگیری	۸/۸۸	۱	۸/۸۸	۰/۳۷۳	۰/۵۴۴	۰/۷	۹/۲
سن	پس‌آزمون	۱/۲۶	۱	۱/۲۶	۰/۰۴۵	۰/۸۳۳	۰/۱	۵/۵
	پیگیری	۷/۶۷	۱	۷/۶۷	۰/۳۲۲	۰/۵۷۳	۰/۶	۸/۶
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۹۷۴/۰۳	۱	۹۷۴/۰۳	۳۴/۴۰	۰/۰۰۱	۳۹/۴	۱۰۰
	پیگیری	۱۰۱۳/۲۷	۱	۱۰۱۳/۲۷	۴۲/۵۲	۰/۰۰۱	۴۴/۵	۱۰۰
عضویت گروهی	پس‌آزمون	۵۸۹/۱۱	۱	۵۸۹/۱۱	۲۰/۸۱	۰/۰۰۱	۲۸/۲	۹۹/۴
	پیگیری	۵۸۴/۵۹	۱	۵۸۴/۵۹	۲۴/۵۳	۰/۰۰۱	۳۱/۶	۹۹/۸

تأثیر هم نشان می‌دهد که آموزش ارائه شده باعث کاهش ۲۸/۲٪ شدت اختلالهای رفتاری آزمودنیها در مرحله پس‌آزمون می‌شود. توان آماری ۹۹/۴٪ هم حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون است. فرضیه ششم: آموزش تاب‌آوری باعث کاهش شدت اختلالهای رفتاری نوجوانان در مرحله پیگیری می‌شود.

همان‌طور که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود، از بین متغیرهای کنترل، تنها نمره‌های پیش‌آزمون دارای رابطه معنادار ۴۴/۵ درصدی با نمره‌های اختلال رفتاری در مرحله پیگیری هستند ($p < 0/05$) با کنترل اثر نمره‌های پیش‌آزمون، مشاهده می‌شود که

۱۰۰٪ هم حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون است.

فرضیه چهارم: آموزش تاب‌آوری باعث افزایش بهزیستی روانی نوجوانان دارای اختلال رفتاری در مرحله پیگیری می‌شود.

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، از بین متغیرهای کنترل، تنها نمره‌های پیش‌آزمون دارای رابطه معنادار ۸۴/۴ درصدی با نمره‌های تاب‌آوری در مرحله پیگیری هستند ($p < 0/05$) با کنترل اثر نمره‌های پیش‌آزمون، مشاهده می‌شود که تفاوت معناداری بین میانگین نمره‌های تعدیل‌شده تاب‌آوری - که از کسر اثر متغیرهای کنترل به دست می‌آید - بین دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیگیری وجود دارد ($p < 0/05$). بر این اساس، فرضیه چهارم پژوهش

همان‌طور که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود، از بین متغیرهای کنترل، تنها نمره‌های پیش‌آزمون دارای رابطه معنادار ۳۹/۴ درصدی با نمره‌های اختلال رفتاری در مرحله پس‌آزمون هستند ($p < 0/05$) با کنترل اثر نمره‌های پیش‌آزمون، مشاهده می‌شود که تفاوت معناداری بین میانگین نمره‌های تعدیل‌شده اختلال رفتاری - که از کسر اثر متغیرهای کنترل به دست می‌آید - بین دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون وجود دارد ($p < 0/05$). بر این اساس، فرضیه پنجم پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت که آموزش تاب‌آوری باعث کاهش شدت اختلال رفتاری آزمودنیها در مرحله پس‌آزمون می‌شود. میزان

(گاسپر، ۲۰۰۲) که بر حالت‌های خلقی موقتی و کوتاه‌مدت بنا نمی‌شود و بر حالت‌های طولانی‌مدت متمرکز است و اقدامات کوتاه‌مدت ممکن است منجر به افزایش بهزیستی ذهنی طولانی مدت نشود (ریف و سینگر، ۲۰۰۲) در این پژوهش نیز چنین وضعیتی مشاهده شده است.

در این برنامه افراد می‌آموزند که در تلاش باشند همواره مثبت بیندیشند و حتی به رویدادهای ناخوشایند بخندند و روحیه شوخ‌طبعی خود را حتی در شرایط ناگوار حفظ کنند. در نظر داشته باشند که اوقات ناگوار زیاد طول نمی‌کشند و مجبور نیستند همه زندگی خود را تحت تأثیر آنها خراب کنند. در شرایط دشوار و سختیها می‌توانند از دیگران کمک بگیرند. نگرانی غیرضروری نه تنها چیزی را بهتر نمی‌کند، بلکه همه چیز را بدتر می‌کند. شجاعت ناکامل بودن را داشته باشند. در نظر داشته باشند هر کس نقایص و ایراداتی دارد و هیچ کس کامل نیست. بدانند هر کسی در زندگیش شرایط ناگوار و نامساعد را تجربه می‌کند و این شرایط فقط مختص آنها نیست. سعی کنند با کنترل افکارشان، احساسات و اعمال خود را نیز تحت کنترل قرار دهند.

در فرضیه سوم و چهارم مطرح شده است که آموزش تاب‌آوری باعث افزایش تاب‌آوری نوجوانان دارای اختلال رفتاری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری می‌شود. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد، آموزش برنامه تاب‌آوری اثر معناداری بر افزایش تاب‌آوری دارد؛ بنابراین، می‌توان ادعا کرد که برنامه پرورش تاب‌آوری استفاده‌شده در این پژوهش توانسته است به اندازه چشمگیری میزان تاب‌آوری را در این نوجوانان افزایش دهد. همچنان که نیل و دیاس (۲۰۰۱)، هامیل (۲۰۰۳)، استنسا، هیجر و استالن (۲۰۰۷) و استینهارد و دولیبر (۲۰۰۸) معتقدند برنامه افزایش تاب‌آوری باعث افزایش راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتر می‌شود و بدین‌وسیله تاب‌آوری افزایش می‌یابد؛ همین‌طور مدی (۱۹۸۷)، تیرنی و لاوله (۱۹۹۷)، رو

تفاوت معناداری بین میانگین نمره‌های تعدیل‌شده اختلال رفتاری - که از کسر اثر متغیرهای کنترل به دست می‌آید - بین دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیگیری وجود دارد ($p < 0/05$). بر این اساس، فرضیه ششم پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت که آموزش تاب‌آوری باعث کاهش شدت اختلال رفتاری آزمودنیها در مرحله پیگیری می‌شود. میزان تأثیر حاکی از آن است که مداخله مذکور باعث کاهش ۳۱/۶٪ شدت اختلال رفتاری آزمودنیها در مرحله پیگیری شده است. توان آماری ۹۹/۸٪ هم حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج آماری این پژوهش نشان داد بهزیستی روانی نوجوانان دارای اختلال رفتاری که تحت آموزش برنامه تاب‌آوری قرار گرفته بودند، در پس‌آزمون اول، بیش از نوجوانانی بود که تحت این آموزش قرار نگرفته بودند ولی در آزمون پیگیری این نتیجه تأیید نشد.

یکی از سازه‌های روان‌شناسی مثبت که احساس بهزیستی را در افراد تحت تأثیر قرار می‌دهد، تاب‌آوری است. کلارک و هارتمن (۱۹۹۶)، کرولی، هیسلیپ و هوبدی (۲۰۰۳)، مک کالیستر، دولیبر، وبستر، مالن و استینهارد (۲۰۰۶) و لانگلند، وال، کریستوفرسن، نورتودت، هانستاد (۲۰۰۷)، سامانی، جوکار و صحراگرد، (۱۳۸۶) نیز نشان داده‌اند که تاب‌آوری، سرسختی روانی و احساس یکپارچگی بر بهزیستی و رضایت از زندگی تأثیر دارد.

با توجه به تأکیدی که در برنامه آموزشی حاضر، بر مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی شده است و چون خوش‌بینی یکی از ویژگیهای افراد تاب‌آور است و با احساس بهزیستی ارتباط دارد (چانگ، میدو- اولیور و دزویرا، ۱۹۹۷) می‌توان بیان کرد که احتمالاً افزایش احساس بهزیستی در کوتاه‌مدت (پس‌آزمون) در میان نوجوانان به علت افزایش خوش‌بینی در آنان بوده ولی در واقع چون بهزیستی روانی تابع عوامل ذهنی، شخصی و مربوط به موقعیت زندگی است

برون‌نمود مورد بررسی قرار گرفت، نشان داد که آموزش تاب‌آوری، باعث کاهش شدت اختلالهای رفتاری آزمودنیهای دارای اختلال برون‌نمود نشده است؛ درحالی‌که شدت اختلالهای رفتاری آزمودنیهای دارای اختلال درون‌نمود را کاهش داده است.

تقویت رفتارهای دلگرم‌ساز از عوامل حافظتی در پیشگیری از اضطراب و اختلالهای درون‌نمود است و یکی از علل اثربخشی برنامه مذکور برای زیر گروه دارای اختلال درون‌نمود ممکن است تأثیر این برنامه در زمینه افزایش دلگرم‌سازی در این گروه باشد؛ همچنین ممکن است میل به همکاری و مشارکت در افراد درون‌نمود بیشتر و به همین علت اثربخشی آن در زمینه کاهش اختلال رفتاری بیشتر باشد.

تاب‌آوری به‌مثابه نوعی متغیر حافظتی در برابر اختلالهای رفتاری درون‌نمود عمل می‌کند؛ همچنین درمانهای مبتنی بر اصلاح تعامل بین والد و کودک در بین کودکان دارای نوع همبود اختلالهای درون‌نمود و برون‌نمود باعث کاهش نشانه‌های اختلال درون‌نمود در آنان می‌شود.

از جمله محدودیتهای این پژوهش، عدم کنترل هاتورن است. با توجه به اینکه بخشی از داده‌ها با نسخه خودگزارشی فراهم شده، ممکن است بخشی از داده‌ها متأثر از نظر خود نوجوانان باشد. ابزارهای به‌کار رفته در این پژوهش، به منظور جمع‌آوری داده‌ها، آزمونهای مداد و کاغذی بوده‌اند که محدودیتهای خاص خود را دارند و ممکن است از مشاهده مصاحبه نتیجه متفاوتی دهند؛ همچنین به‌کارگیری آزمونهای مذکور در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری می‌تواند «اثر انتقال» ایجاد کند و حساسیت آزمودنیها را برانگیزاند.

همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشهای آتی برای کنترل برخی از متغیرهای مزاحم مانند اثر پلاسیبو، گروه پلاسیبو یا گروهی داشته باشند که مداخله‌ای برای آنها اجرا شود که محتوای آن نامرتبط با موضوع تاب‌آوری باشد. توصیه کاربردی پژوهش این است که

(۱۹۹۹)، جادکینز و اینگرام (۲۰۰۱)، جادکینز و فورلو (۲۰۰۳)، جادکینز، رید و فورلو (۲۰۰۶) دریافته‌اند آموزش سرسختی روان‌شناختی باعث افزایش سطح سرسختی روان‌شناختی افراد می‌شود؛ همچنین استفنز (۲۰۱۲) در پژوهش خود همسو با یافته‌های پژوهش حاضر دریافت که آموزش تاب‌آوری باعث افزایش آن در نوجوانان در مرحله پس‌آزمون می‌شود.

این افزایش ممکن است به این علت باشد که خوش‌بینی (سلیگمن، بی‌تا، ترجمه داورپناه، ۱۳۸۲) و دلگرمی (علیزاده و سجادی، ۱۳۸۹) به عنوان مؤلفه‌های تاب‌آوری، چنانکه در فصل دوم بحث شد، قابل آموزش هستند. برنامه تاب‌آوری پژوهش حاضر نیز بر افزایش خوش‌بینی در شرکت‌کنندگان متمرکز بوده است. داشتن مجموعه منابع و مهارتها، ممکن است باعث افزایش تمایلات خوش‌بینانه در افراد شود و آنها را دلگرم کند؛ همچنین می‌توان گفت که افزایش تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی باعث کاهش استرس، بهبود مهارتهای حل مسئله و کنار آمدن می‌شود (جادکینز، ۲۰۰۱).

از سوی دیگر، برخلاف این یافته، اسکھیل (۲۰۰۱) به این نتیجه دست یافت که شرکت در برنامه تاب‌آوری طراحی‌شده او در افزایش تاب‌آوری و بهزیستی و کاهش ناراحتیهای روان‌شناختی نوجوانان تأثیری نداشته است. چنین مغایرتی ممکن است به خاطر تفاوت در جامعه پژوهشی و یا مؤلفه‌ها و روشهای مورد استفاده در برنامه آموزشی باشد.

فرضیه پنجم و ششم پژوهش تأثیر آموزش تاب‌آوری بر کاهش شدت اختلالهای رفتاری آزمودنیهای دارای اختلال رفتاری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری را نشان داده است. نتایج بیان‌کننده آن است که میزان اختلال رفتاری نوجوانان دارای اختلال رفتاری که تحت آموزش برنامه تاب‌آوری قرار گرفته بودند، کمتر از نوجوانانی بود که تحت این آموزش قرار نگرفته بودند. ولی این یافته‌ها هنگامی که به‌صورت جزئی‌تر در دو زیر گروه اختلالهای درون‌نمود و

سلیگمن، م. (۱۹۹۵). کودک خوش‌بین. (ترجمه فروزنده داوریانه). تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۵).

علیزاده، حمید، سجادی، حبیبه السادات (۱۳۸۹). رودولف درایکورس: روابط دمکراتیک و احترام متقابل. تهران: نشر دانژه.

مینایی، اصغر. (۱۳۸۴). کتابچه راهنمای فرم‌های سن مدرسه سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ. پژوهشکده کودکان استثنایی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور.

- Alvord, M. K., & Grados, J. J. (2005). Enhancing resilience in children: A proactive approach. *American Psychological Association, 10(1)*, 735-828.
- Aroian, K.J., Schappler-Morris, N., Neary, S., Spitzer, A., & Tran, T.V. (1997). Psychometric evaluation of the Russian language version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 5*, 151-164.
- Barkley, R. A. (1996). Attention-deficit/hyperactivity. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 63-112). New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder* (3rd). New York: Guilford.
- Beardslee, w. (1990). Stress from parental depression: child risks, self-understanding, and a preventative intervention. In L. Arnold L (Ed.), *Childhood stress* (pp. 351-371). New York: John Wiley & Sons.
- Beer, A. D. (2006). *The effect of resilience training as a component of strengths-focused training on team preference—A case study in the food and beverages manufacturing industry*. Master of education thesis. University of South Africa.
- Brady, M. A. (1993). Health issues for aboriginal youth: social and cultural factors associated with resilience. *Journal of Pediatrics and Child Health, 29*, 56-59.
- Brooks, R. B. (1994). Child at risk: Fostering resilience and hope. *American Journal of Orthopsychiatry, 64* (4), 545-553.
- Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Allied Disciplines, 36*, 113-149.
- Carbonell, D. M., Reinherz, H. Z. & Giaconia, R. M. (1998). Risk and resilience in late adolescence. *Journal of Child and Adolescent Social Work, 15*, 251-272.
- Carlton, B. S., Goebert, D. A., Miyamoto, R. H., Andrade, N. N., Hishinuma, E. S., Makini, G. K., Yuen, N. Y. C., Bell, C. K., McCubbin, L. D., Else, I. R. N., & Nishimura, S. T. (2006).

برنامه‌های آموزشی در زمینه ارتقای بهداشت روان برای کودکان و نوجوانان دارای اختلال رفتاری، مانند برنامه افزایش تاب‌آوری از طرف سازمانهای ذیربط و مسئولان در فهرست خدماتی عرضه‌شده به آنها قرار گیرد.

یادداشتها

- 1) resilience
- 2) externalizing
- 3) internalizing
- 4) attention deficit/hyperactivity disorder
- 5) conduct disorder
- 6) oppositional defiant disorder
- 7) protective factor
- 8) risk factor
- 9) one-dimensional
- 10) two-dimensional
- 11) personal competence
- 12) acceptance of self and life
- 13) reliability
- 14) Cooley
- 15) Killien
- 16) Jarrett
- 17) Klaas
- 18) Aroian
- 19) validity
- 20) pilot study
- 21) Conner- Davidson Resilience Scale
- 22) Child Behavior Checklist (CBCL)
- 23) Youth Self-Report (YSR)
- 24) Teacher's Report Form (TRF)
- 25) distress
- 26) General Well-Being (GWB)
- 27) Mental Health Index (MHI)
- 28) Veit
- 29) Ware
- 30) follow-up
- 31) Mrazek & Mrazek
- 32) Dunn
- 33) colgate
- 34) Richardson
- 35) Seligman, Reivich, Jaycox & Gillham
- 36) Compas, Hinden & Gerhardt
- 37) Englander-Golden
- 38) Tierney & Lavelle
- 39) Johenson
- 40) Segal
- 41) perspective taking
- 42) phenomenological perception
- 43) perspective taking
- 44) phenomenological perception
- 45) Thinking Styles

منابع

سامانی، سیامک، جوکار، بهرام، صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳، ۲۹۵-۲۹۰.

- Adolescents Resilience, family adversity and well-being among Hawaiian and non-Hawaiian adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 52; 291.
- Children's future expectations in self-system functioning and adjustment to life stress: a
- Ciarrochi, J., Heaven, P. C. L., & Davies, F. (2007). The impact of hope, self-esteem, and attributional style on adolescents' school grades and emotional well-being: A longitudinal study. *Journal of Research in Personality*, 41, 1161–1178.
- Coie, J. D., & Dodge, K. A. (1998). Aggression and antisocial behavior. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (pp. 779–862). New York: Wiley.
- Crowley, B. J., Hayslip, B. Jr., & Hobdy, J., (2003). Psychological hardiness and adjustment to life events in adulthood. *Journal of Adult Development*, 10 (4), 237-248.
- Ferdinand, R. F., Stijnen, T., Verhulst, F. C., & Van der Reijden, M. (1999). Associations between behavioral and emotional problems in adolescence and maladjustment in young adulthood. *Journal of Adolescence*, 22, 123-136.
- Friedamn, M. (2003). Resilience training for South African Breweries. Unpublished Training Manual. Polokwane: Brewery.
- Gaspar, D. (2002). Is Sen's Capability Approach an Adequate Basis for considering human development? *Review of Political economy*, 14 (4), 435-461.
- Gilliom, M., & Shaw, D. S. (2004). Codevelopment of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Development and Psychopathology*, 16, 313-333.
- Goldstein, S., & Brooks, R. B. (Eds.) (2005). *Handbook of resilience in children*. New York: Springer.
- Hamill, S. K. (2003). Resilience and self-efficacy: the importance of efficacy beliefs and coping mechanisms in resilient adolescents. *Colgate University Journal of the Sciences*, 35, 115-146.
- Hart, A., Blincow, D. & Thomas, H. (2007). *Resilient therapy*. New York: Routledge.
- Hogue, A., & Steinberg, L. (1995). Homophily of internalizing distress in adolescent peer groups. *Developmental Psychology*, 31(6), 897-906.
- Howard, D. E. (1996). Searching for resilience among African-American youth exposed to community violence: theoretical issues. *Journal of Adolescent Health*, 18, 254–262.
- Issues. Prepared for a Canadian Mental Health Services workshop, June 17-18,1999.
- Jennings, D. A. (2002). *The effects of resiliency training on physical activity participation job satisfaction, and protective factors among nonmanagerial females at the worksite*. Unpublished dissertation. University of Utah, Salt Lake City.
- Jessor, R., Vandebos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M. & Turbin, M. S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31, 923–933.
- Judkins, S. K. (2001). *Stress, hardiness, and coping strategies among mid-level nurse managers: Implications for continuing higher education*. Unpublished Doctoral dissertation, University of North Texas.
- Judkins, S. K., & Furlow, L. (2003). Creating a hardy work environment: Can organizational policies help? *Texas Journal of Rural Health*, 21(4), 11-17.
- Judkins, S. K., & Ingram, M. (2002). Decreasing stress among nurse managers: A long-term solution. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33, 259-264.
- Judkins, S., Reid, B. & Furlow, L. (2006). Hardiness training among nurse managers: Building a healthy workplace. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(5), 202-207.
- Kaplan, H. B. (1999). Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. In: M. D. Glantz and J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 17-83). New York: Kluwer/Plenum.
- Kauffman, J. (2005). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth* (8th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- King, G. A., Zwaigenbaum, L., King, S., Baxter, D., Rosenbaum, P. & Bates, A. (2006). A qualitative investigation of changes in the belief system of families of children with autism or Down syndrome. *Child: Care, Health & Development*, 32(3), 353-369.
- Kordich-Hall, D. & Pearson, J. (2003). *Resilience, giving children the skills to bounce back*. Ontario: Reaching out Project Publishers.
- Korhonen, M. (2007). *Resilience: overcoming challenges and moving on positively*. (N. Keeninak, Trans.). Ottawa: National Aboriginal Health Organization. (original work published ?).
- Loeber, R., & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48, 371-410.
- Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: a review of research on

- resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 6-22.
- Maddi, S. R. (1987). Hardiness training at Illinois Bell Telephone. In J. P. Opatz (Ed.), *Health promotion evaluation* (pp. 101-116). Stevens Point, WI: National Wellness Institute.
- McAllister, M., & Lowe, J.B. (2011). *The resilient nurse: Empowering your practice*. New York, NY: Springer.
- Montgomery, J. M., Schwean, V. L., Burt, J. A. G., Dyke, D. A., Thorne, K. J., Hinds, Y. L., McCrimmon, A. W., Kohut, C. S. (2008). Emotional intelligence and resiliency in young adults with asperger's Disorder. *Canadian Journal of School Psychology*, 23, 70-93.
- Neill, J. T., & Dias, K. L. (2001). Adventure Education and Resilience: The Double-Edged Sword. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*, 1(2), 35-42.
- Nicholls, A. R., Polman, R. C. J., Levy, A., R. & Backhouse, S. H. (2007). Mental toughness, optimism, pessimism, and coping among athletes. *Journal of Personality and Individual Differences*, 44(5), 1182-1192.
- Noone, S. J. & Hastings, R. P. (2009). Building psychological resilience in support staff caring for people with intellectual disabilities: Pilot evaluation of an acceptance-based intervention. *Journal of Intellectual Disabilities*, 13(1); 43-51.
- Oland, A. A., & Shaw, D. S. (2005). Pure versus co-occurring externalizing and internalizing symptoms in children: The potential role of socio-developmental milestones. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(4), 247-270.
- Prince-Embury, S. (2008). Translating Resiliency Theory for Assessment and Application in Schools. *Canadian Journal of School Psychology*, 23, 4- 10.
- prospective study of urban at risk children. *Development and Psychopathology*, 5, 649-661.
- Raphael, B. (1993). Adolescent resilience: the potential impact of personal development in schools. *Journal of Pediatrics & Child Health*, 29, 31-36.
- Reivich, K., Gillham, J. E., Chaplin, T. M. and Seligman, M. E. R. (2005). From helplessness to optimism. In Goldstein, S. & Brooks, R. B. (Ed.), *Handbook of resilience in children* (pp. 223-237). New York: Springer.
- Reivich, K., & Shatté, A. (2002). *The resilience factor*. New York: Broadway Books.
- Rowe, M. M. (1999). Teaching health-care providers coping: Results of a two-year study. *Journal of Behavioral Medicine*, 22(5), 511-527.
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry* 57, 316-31.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2002). From social structure to biology: integrative science in pursuit of human health and well-being. In Snyder, C. R., & Lopez, S.J.(Eds.), *Handbook of positive psychology*. Oxford: University Press.
- Skehill, C. M. (2001). *Resilience, Coping with an Extended Stay Outdoor Education Program, and Adolescent Mental Health*. Canberra: University of Canberra: Dissertation for the degree of Honors.
- Steensma, H., Heijer, M. D., & Stallen, V. (2007). Effects of resilience training on the reduction of stress and depression among Dutch workers. *Quarterly of Community Health Education*, 27(2), 145-159.
- Steinhardt, M. & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a Resilience Intervention to Enhance Coping Strategies and Protective Factors and Decrease Symptomatology. *Journal of American college health*, 56(4), 445-453.
- Stephens, T. M. (2012). *Increasing Resilience in Adolescent Nursing Students*. Unpublished Doctoral dissertation. The University of Tennessee, Knoxville.
- Tierney, M. J., & Lavelle, M. (1997). An investigation into modification of personality hardiness in staff nurses. *Journal of Nursing Staff Development*, 13, 212-217.
- Waaktaar, T., Christie, H. J., Borge, A. I. H., & Torgersen, S. (2004). How can young people's resilience be enhanced? Experiences from a clinical intervention project. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 167-183.
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Developmental and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Waite, PJ (2004). Determining the efficacy of resiliency training in the work site. *Journal of Allied Health*. 33(3), 178-83.
- Walker, R. J. (1996). Resilient reintegration of adult children of perceived alcoholic parents. . Unpublished Doctoral dissertation. University of Utah, Salt Lake City.
- Weiss, G. L. (2008). Toward the mastery of resiliency. *Canadian Journal of School Psychology*, 23, 127- 137.
- Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 81-85.
- Werner, E.E. (1984). Resilient children. *Young Children*, 40, 68- 72.
- Wolin, S., Wolin, S. & Wiczorek, W. (1999). Resilience: Pros, cons, & unresolved
- Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C., & Kerley, J. H. (1993). The role of
- Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K. & Suresky, M. J. (2009). Effects on resilience of women family caregivers of adults with serious mental illness: The role of positive cognitions. *Archives of Psychiatric Nursing*. 23(6):412-22.

جلسه‌های برنامه افزایش تاب‌آوری برای دانش‌آموزان دارای اختلال برون‌نمود

محتوای جلسه	ترتیب جلسه
معارفه اعضای گروه و آشنایی با برنامه، بیان هدف، قوانین و چارچوب گروه، آموزش درباره مفهوم تاب‌آوری، عوامل خطرآفرین و حفاظتی	جلسه اول
اتخاذ چشم‌انداز، ادراک پدیدارشناختی محرک و آشنایی اعضای گروه با این مفهوم که ادراک پدیده‌ها و رویدادها نسبی است	جلسه دوم
آشنایی با ارتباط بین افکار، احساسها، هیجانها و رفتار و نقش افکار و باورهای غیرمنطقی در شکل‌گیری هیجانها و رفتارهای منفی (بازسازی شناختی)	جلسه سوم
آموزش مهارت‌های اجتماعی شناسایی و افزایش رفتارهای اجتماعی مثبت و کاهش رفتارهای اجتماعی منفی	جلسه چهارم
آشنا شدن با مهارت‌های مدیریت استرس و به کار بردن آن در زندگی روزمره	جلسه پنجم
آشنا کردن نوجوانان با مراحل حل مسئله و به‌کاربردن آن در موقعیت‌های عملی زندگی	جلسه ششم
آموزش مهارت‌های همدلی با دیگران و افزایش علاقه اجتماعی (قسمت اول) افزایش مهارت همدلی، تفسیر موقعیت، درک دیگران و فکرخوانی	جلسه هفتم
آموزش مهارت‌های همدلی با دیگران و افزایش علاقه اجتماعی (قسمت دوم) افزایش مهارت همدلی، تفسیر موقعیت، درک دیگران و فکرخوانی	جلسه هشتم
افزایش سواد هیجانی، کنترل تکانه‌ها و مدیریت خشم افزایش مهارت شناخت و عواطف و احساسات و کنترل آنها	جلسه نهم
جمع‌بندی، مرور و نتیجه‌گیری	جلسه دهم

پیوست (ب)

جلسه های برنامه افزایش تاب آوری برای دانش آموزان دارای اختلال درون نمود

ترتیب جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	معارفه اعضای گروه و آشنایی با برنامه، بیان هدف، قوانین و چارچوب گروه، آموزش درباره مفهوم تاب آوری، عوامل خطر آفرین و حفاظتی
جلسه دوم	اتخاذ چشم انداز، ادراک پدیدارشناختی محرک و آشنایی اعضای گروه با این مفهوم که ادراک پدیده ها و رویدادها نسبی است
جلسه سوم	آشنایی با ارتباط بین افکار، احساسها، هیجانها و رفتار و نقش افکار و باورهای غیرمنطقی در شکل گیری هیجانها و رفتارهای منفی (بازسازی شناختی)
جلسه چهارم	آموزش مهارتهای اجتماعی شناسایی و افزایش رفتارهای اجتماعی مثبت و کاهش رفتارهای اجتماعی منفی
جلسه پنجم	آشنا شدن با مهارتهای مدیریت استرس و به کار بردن آن در زندگی روزمره
جلسه ششم	آشنایی با انواع سبک های تفکر خوش بینانه و بدبینانه سلیگمن و تغییر سبک تبیین بدبینانه نوجوانان به سبک تبیین خوش بینانه
جلسه هفتم	آشنایی با مفهوم اعتماد به نفس و شناسایی نقاط قوت خود و افزایش خودگوییهای مثبت و حس ارزشمندی
جلسه هشتم	آموزش دلگرم سازی و خوددلگرم سازی (قسمت اول) آشنایی با مفهوم دلگرم سازی و روش دلگرم ساختن دیگران
جلسه نهم	آموزش دلگرم سازی و خوددلگرم سازی (قسمت دوم) آشنایی با روش دلگرم ساختن خویش و تمرین خودگوییهای مثبت
جلسه دهم	جمع بندی، مرور و نتیجه گیری