

اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کفایت اجتماعی و سرسختی سلامت در زنان دچار نشخوار فکری *The effectiveness of resilience training on social competence and health hardiness in women with rumination*

Mohammad Derakhshanfar (corresponding Aauthor)
Master Art in General Psychology, Islamic Azad
University Garmsar Branch, Garmsar, Iran
Email: mo_derakhshanfar@yahoo.com

Nahid Babaei Amiri
Assistant Professor in Department of psychology
Yadegar Imam Khomeini (Rah) Shahr-e Ray Branch,
Islamic Azad University, Tehran, Iran

محمد درخشانیفر (نویسنده مسئول)

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی،
گرمسار، ایران Email: mo_derakhshanfar@yahoo.com

ناهید بابایی امیری

استادیار روانشناسی، واحد یادگار امام خمینی (ره) شهرری، دانشگاه آزاد اسلامی،
تهران، ایران

Abstract

Aim: The aim of this research was determine the effectiveness of resilience training on social competence and health hardiness in women with rumination. **Method:** Present research was a semi experimental with a pre-test and post-test with an experimental and control groups. The statistical population was included all women with rumination that referring to counseling centers and clinics of Tehran city in 2017 year. From them 30 person were selected by available sampling method and randomly assigns to two equal groups (each group 15 person). The experimental group 12 sessions of 90 minutes educated by resilience training and the control group didn't received intervention. Both group completed the questionnaires of social competence (Ferner & et al, 1989) and health hardiness (Gebhardet & et al, 2003) as a pre-test and post-test. The data were analyzed by multivariate analysis of covariance and univariate analysis of covariance methods. **Results:** The findings showed there was a significant difference between experimental and control groups in both variables of social competence and health hardiness. In other words resilience training significantly led to increase social competence and health hardiness in women with rumination ($p \leq 0/05$). **Conclusion:** Regarded to findings of this research suggested that counselors and therapists to improve social competence and health hardiness using from resilience training.

Keywords: resilience training, social competence, health hardiness, rumination

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کفایت اجتماعی و سرسختی سلامت در زنان دچار نشخوار فکری بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری شامل همه زنان دچار نشخوار فکری مراجعه کننده به مراکز و کلینیک‌های مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بودند. از میان آنان ۳۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه مساوی (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای با روش آموزش تاب‌آوری آموزش دید و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. هر دو گروه پرسشنامه‌های کفایت اجتماعی (فلنر و همکاران، ۱۹۸۹) و سرسختی سلامت (گیبهارت و همکاران، ۲۰۰۳) را در مراحل پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. داده‌ها با روش‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری و کوواریانس تک متغیری تحلیل شدند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد بین گروه‌های آزمایش و کنترل در هر دو متغیر کفایت اجتماعی و سرسختی سلامت تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر آموزش تاب‌آوری به طور معناداری باعث افزایش کفایت اجتماعی و سرسختی سلامت زنان دچار نشخوار فکری شد ($p \leq 0/05$). **نتیجه گیری:** با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود مشاوران و درمانگران برای بهبود کفایت اجتماعی و سرسختی سلامت از آموزش تاب‌آوری استفاده کنند.

کلمات کلیدی: آموزش تاب‌آوری، کفایت اجتماعی، سرسختی سلامت، نشخوار فکری

مقدمه

در سال‌های اخیر نشخوار فکری به عنوان گرایش به افکار منفی تکراری در شروع، تداوم و عود افسردگی توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است (آربوسنات، لويس و بیللی^۱، ۲۰۱۵). نشخوار فکری به عنوان یک سبک تفکر با مشخصات اصلی افکار تکراری، عود کننده، مزاحم و کنترل ناپذیر تعریف شده است (لانسیانو، کورسی و زاتون^۲، ۲۰۱۲). نشخوار فکری از مولفه‌های اصلی اختلال وسواسی - اجباری است که این افکار به طور غیرارادی وارد آگاهی می‌شوند و توجه افراد را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازند (کوچاک و آنن^۳، ۲۰۱۴). نشخوار فکری بیانگر افکاری است که تمایل به تکرار داشته، آگاهانه بوده و پیرامون یک موضوع متمرکز هستند و حتی در صورت غیبت محرک‌های محیطی فوری و ضروری باز هم این افکار پدیدار می‌شوند (مونتی، رادولف و میرنیکي^۴، ۲۰۱۷).

نشخوار فکری باعث افت ویژگی‌های روانشناختی مثبت از جمله کفایت اجتماعی می‌شود. کفایت اجتماعی در کارکرد اجتماعی افراد و اجتناب از واکنش‌های منفی تاثیر دارد. اگر فردی بتواند بر رفتار دیگران به طریقی که قصد دارد و جامعه پسند است تاثیر بگذارد دارای کفایت اجتماعی است (کیم، گیو، کوه و کیان^۵، ۲۰۱۰). کفایت اجتماعی شایستگی و داشتن مهارت‌های شناختی، اجتماعی، هیجانی و رفتارهایی است که برای رشد سالم و تطابق با محیط می‌باشد (ژانگ^۶، ۲۰۱۳). افراد دارای کفایت اجتماعی در پاسخ دادن و کنار آمدن با موقعیت‌های جدید و چالش انگیز موفق هستند و کفایت اجتماعی دربرگیرنده عواملی چون خودآگاهی، آگاهی اجتماعی، مدیریت خود، مهارت‌های ارتباطی و مسئولیت تصمیم‌گیری است. هسته مرکزی کفایت اجتماعی مهارت‌های ارتباطی است. زیرا از طریق مهارت‌های ارتباطی مولفه‌های دیگر کسب می‌شود (موئیلانن و منوئل^۷، ۲۰۱۷). در کفایت اجتماعی سه جنبه مهم وجود دارد که شامل توانایی ایجاد روابط بین فردی سالم و مثبت و حل تعارضات، توسعه واضح هویت خود در جمع و یک گروه یا هویت جمعی و گرایش به سوی شهروند مسئول و دلسوز می‌باشد (وستلینگ، اندریوز و پترسون^۸، ۲۰۱۲). علاوه بر آن کفایت اجتماعی پایه و اساسی برای گسترش طیفی از پیامدهای مطلوب از قبیل اعتماد به نفس، رفاه اجتماعی، کیفیت دوستی، مسئولیت‌پذیری، پذیرش توسط همسالان و شایستگی‌های کاری است (چیونگ و لی^۹، ۲۰۱۰). همچنین نشخوار فکری باعث افت ویژگی روانشناختی مثبت دیگر به نام سرسختی سلامت می‌شود. سرسختی را اولین بار کوباسا^{۱۰} (۱۹۷۹) مطرح کرد. سرسختی یک ویژگی شخصیتی است که به عنوان منبع مقاومت در مواجهه

1. Arbuthnott, Lewis & Bailey

2. Lanciano, Curci & Zatton

3. Koçak & Onen

4. Monti, Rudolph & Miernicki

5. Kim, Guo, Koh & Cain

6. Zhang

7. Moilanen & Manuel

8. Westling, Andrews & Peterson

9. Cheung & Lee

10. Kobasa

رویدادهای استرس‌زای زندگی عمل می‌کند (به نقل از شیرد و گلبی^۱، ۲۰۰۷). سرسختی در حفظ سلامت، افزایش عملکرد در زمان استرس و کیفیت زندگی موثر است (باهامین، طاهری، مقدس، سهرابی و درتاج^۲، ۲۰۱۲). پولاک^۳ (۱۹۸۹) بر اساس مفهوم سرسختی، کوباسا (۱۹۷۹) مفهوم سرسختی سلامت را مطرح کرد. افراد دارای سرسختی سلامت ضمن ارزیابی مثبت رویدادها، از راهبردهای مقابله‌ای موثر برای سازگاری با بیماری‌های مزمن استفاده می‌کنند، از حداکثر منابع خود برای ارزیابی، تفسیر و پاسخ به استرس‌زاهای سلامت استفاده می‌کنند و تمایل به ارزیابی و ارزیابی مجدد استرس‌زاهای سلامت به عنوان عواملی سودمند برای رشد و یادگیری (نه تهدیدکننده و زیان‌بخش) دارند (بروکس، ۲۰۰۸). بررسی ویژگی سرسختی سلامت در بیماران مزمن و مردم عادی (افراد سالم) شواهد و اطلاعات بسیاری در زمینه دیدگاه‌های کلی آنها نسبت به مسایل سلامتی (ارزش سلامتی، کنترل درونی سلامت، کنترل بیرونی سلامت و شایستگی سلامت ادراک شده) فراهم می‌آورد (غلامی، ۱۳۹۵).

افراد دچار نشخوار فکری (به ویژه زنان) با مشکلات فراوانی مواجه هستند، لذا استفاده از روش‌های درمانی موثر بر بهبود ویژگی‌های روانشناختی این بیماران ضروری است (حیدریان، زهراکار و محسن زاده، ۱۳۹۵؛ تیموری، رضانی و محجوب، ۱۳۹۴). تاب‌آوری به عنوان مقاومت موفقیت‌آمیز فرد در برابر موقعیت‌های تهدیدآمیز و چالش‌زا معرفی می‌شود و افراد تاب‌آور به رغم مواجهه با تنیدگی‌های مزمن، سلامت خود را حفظ می‌کنند (ساندین، شونین، ون گوردون و هارگان^۴، ۲۰۱۱). تاب‌آوری به معنای سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار (آسیب‌ها و تهدیدها) است که از فردی به فرد دیگر متفاوت است و می‌تواند به مرور زمان رشد کند یا از میزان آن کاسته شود (ماراویک، میل، بک و هیدالگو^۵، ۲۰۱۱). تاب‌آوری معمولاً توصیف‌کننده سه پدیده است که شامل برخورداری از رشد مناسب به رغم وجود وضعیت پرخطر (مانند وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین، تحصیلات پایین مادر و فقر)، حفظ شایستگی و صلاحیت در شرایط تهدیدآمیز و تنیدگی‌زا (مانند طلاق و بیماری یکی از اعضای خانواده) و برگشت به حالت اولیه پس از تجربه ضایعه‌ای روانی (مانند بدرفتاری و سوء استفاده) می‌باشد (کوسر، دابین، راس و مک کران^۶، ۲۰۱۳). میزان تاب‌آوری افراد با آموزش برخی مهارت‌ها افزایش می‌یابد و بر این اساس آموزش تاب‌آوری در حوزه روانشناسی مثبت‌نگر با هدف ایجاد بهزیستی ذهنی، ارتقاء رضایت از زندگی و درمان اختلال‌های روانی مانند پرخاشگری، افسردگی و غیره تدوین شده است (سورین، وچس، ریگی و هنریکسون^۷، ۲۰۱۴). آموزش و ارتقاء تاب‌آوری نقش مهمی در موفقیت افراد و جان به در بردن از شرایط ناگوار دارد. به طوری که چنین افرادی رفتارهای سازگارانه در موقعیت‌ها دارند و در مقابله با مشکلات و جهت رسیدن به هدف‌ها از روش‌های موثر استفاده می‌کنند (جاهد مطلق و همکاران، ۱۳۹۴). برنامه آموزش تاب‌آوری برای ارتقاء توانمندی افراد در مواجهه با رویدادهای

¹. Sheard & Golby

². Bahamin, Taheri, Moghaddas, Sohrabi & Dortaj

³. Pollack

⁴. Sundin, Shonin, Van Gordon & Horgan

⁵. Maravic, Milet, Beck & Hidalgo

⁶. Koeser, Dobbin, Ross & McCrone

⁷. Saurin, Wachs, Righi & Henriqson

استرس آمیز زندگی به کار می‌رود (جانسون، امونز، ریوارد، گریفین و دوسک^۱، ۲۰۱۵). از یک سو نتایج پژوهش‌ها حاکی از تاثیر آموزش تاب‌آوری بر بهبود ویژگی‌های شخصیتی و روانشناختی می‌باشند و از سوی دیگر زنان دچار نشخوار فکری با مشکلات زیادی مواجه هستند. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا آموزش تاب‌آوری بر کفایت اجتماعی و سرسختی سلامت زنان دچار نشخوار فکری تاثیر دارد؟

روش

این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. در این پژوهش آموزش تاب‌آوری متغیر مستقل و کفایت اجتماعی و سرسختی سلامت متغیرهای وابسته می‌باشند. جامعه آماری این پژوهش همه زنان دچار نشخوار فکری مراجعه کننده به مراکز و کلینیک‌های مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بودند. حداقل حجم نمونه برای انجام پژوهش‌های مداخله‌ای حداقل ۱۵ نفر می‌باشد (دلور، ۱۳۸۷). در نتیجه در این پژوهش حجم نمونه ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) در نظر گرفته شد که برای انتخاب آنها از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و سپس آنها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به نشخوار فکری، داشتن سن ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، امضای رضایت نامه شرکت در پژوهش و عدم رخداد تنش‌زا مثل طلاق، مرگ و غیره در شش ماه گذشته و معیارهای خروج از مطالعه شامل داشتن فرزند معلول، داشتن فرزند مبتلا به اختلال‌های روانشناختی، غیبت بیش از یک جلسه و تکمیل ناقص یا نامعتبر پرسشنامه‌ها بود.

ابزار

پرسشنامه نشخوار فکری^۲

پرسشنامه نشخوار فکری توسط نولن-هوکسما و مارو^۳ (۱۹۹۳) ساخته شد. این ابزار دارای ۲۲ گویه است که بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۱=تقریباً هرگز تا ۴=تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین ۲۲ تا ۸۸ می‌باشد و نمره بالاتر به معنای نشخوار فکری بیشتر است. جورجیو، سانلیپو، کلیمن، ریلی، بندر و همکاران^۴ (۲۰۱۰) روایی همگرا ابزار را تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کردند. همچنین منصوری (۱۳۸۸) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند. در این مطالعه ابتدا پرسشنامه بر روی ۱۰۰ نفر از افراد جامعه اجرا شد. آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شد.

1. Johnson, Emmons, Rivard, Griffin & Dusek

2. Rumination Questionnaire

3. Nolen-Hoeksema & Morrow

4. Giorgio, Sanflippo, Kleiman, Reilly, Bender & et al

پرسشنامه کفایت اجتماعی^۱

پرسشنامه کفایت اجتماعی توسط فلنر، لیز و فیلیپس^۲ (۱۹۹۰) ساخته شد. این ابزار دارای ۴۷ گویه است که بر اساس مقیاس هفت درجه ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم تا ۷=کاملاً موافقم) نمره گذاری می‌شود. نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین ۴۷ تا ۳۲۹ می‌باشد و نمره بالاتر به معنای کفایت اجتماعی بیشتر است. فلنر و همکاران (۱۹۹۰) روایی ابزار را با روش تحلیل عاملی تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و با روش بازآزمایی با فاصله زمانی یک ماه ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین افروز، قاسم زاده، تازیکی و دلگشاد (۱۳۹۳) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کردند. در این مطالعه ابتدا پرسشنامه بر روی ۱۰۰ نفر از افراد جامعه اجرا شد. آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد.

پرسشنامه تجدید نظر شده سرسختی سلامت^۳

پرسشنامه تجدید نظر شده سرسختی سلامت توسط گیبهاردت، وندر دوف و پائول^۴ (۲۰۰۱) ساخته شد. این ابزار دارای ۲۴ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج درجه ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم تا ۵=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین ۲۴ تا ۱۰۰ می‌باشد و نمره بالاتر به معنای سرسختی سلامت بیشتر است. گیبهاردت و همکاران (۲۰۰۱) روایی ابزار را با ابزارهای منبع کنترل درونی و بیرونی سلامت تایید، پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ در نمونه عادی ۰/۷۹ و در دانشجویان ۰/۷۸ گزارش کردند. همچنین قاضی (۱۳۹۴) ضمن تایید روایی صوری و محتوایی ابزار با نظر متخصصان، پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرد. در این مطالعه ابتدا پرسشنامه بر روی ۱۰۰ نفر از افراد جامعه اجرا شد. آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

آموزش تاب‌آوری بر اساس روش پیشنهادی هندرسون و میلستین (۲۰۰۳) شامل ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای بود که توسط بهزادپور و همکاران (۱۳۹۴) استفاده و تایید شد. محتوی آموزش تاب‌آوری به تفکیک جلسات به شرح زیر می‌باشد. جلسه اول به آشنایی اعضا با هم، برقراری رابطه حسنه و آشنایی با محتوی مداخله اختصاص داده شد. جلسه دوم آگاهی نسبت به توانمندی‌های خود شامل تعریف خودآگاهی و مولفه‌های آن، شناخت نقاط قوت و ضعف با بارش فکری و خودآگاهی نسبت به اهداف آموزش داده شد. جلسه سوم تقویت اعتماد به نفس شامل ارائه درک روشنی از عزت نفس، شناسایی علل و عوامل موثر در تقویت عزت نفس، شناسایی ضعف‌های خود و تلاش برای برطرف کردن آنها آموزش داده شد. جلسه چهارم ارتقاء توانایی افراد در برقرار ارتباط شامل تعریف ارتباط، روش‌های برقرار ارتباط صحیح با اطرافیان و اهمیت ارتباط در زندگی آموزش داده شد. جلسه پنجم برقراری روابط اجتماعی و دوست یابی

^۱ . Social Competence Questionnaire

^۲ . Felner., Lease & Philips,

^۳ . Revised Health Hardiness Questionnaire

^۴ . Gebhardet, Vander Doef & Paul

شامل مفهوم دوستی، نقش حمایت اجتماعی در شرایط دشوار و تشخیص ویژگی‌های روابط اجتماعی صحیح آموزش داده شد. جلسه ششم تعیین هدف و چگونگی دستیابی به آن شامل مفهوم هدف، تمییز دادن اهداف کوتاه و بلندمدت، تعیین چند هدف کوتاه و بلند و برنامه ریزی برای رسیدن به هدف‌ها آموزش داده شد. جلسه هفتم خودکارآمدی از طریق تصمیم‌گیری شامل آشنایی با مفهوم خودکارآمدی و تاثیر آن در زندگی، بیان مفهوم تصمیم‌گیری، معیارهای یک تصمیم خوب و پذیرش مسئولیت تصمیمات خود آموزش داده شد. جلسه هشتم خودکارآمدی از طریق حل مساله شامل آشنایی با حل مساله و مراحل آن، تفکر در مورد مشکلات خود و ارائه راه حل در مورد آنها آموزش داده شد. جلسه نهم خودکارآمدی از طریق مسئولیت‌پذیری شامل آشنایی با مفهوم مسئولیت‌پذیری، بیان مسئولیت‌های خود در زندگی و میزان موفقیت در آنها، تفکر در مورد علت عدم موفقیت در مورد برخی مسئولیت‌ها و ارائه راهکار برای آنها آموزش داده شد. جلسه دهم مدیریت خشم، اضطراب و استرس شامل بیان مفهوم خشم، اضطراب و استرس و نشانه‌های آنها، ارائه چند راهبرد رفتاری برای کنترل خشم، ریلکسیشن و تمرکز بر تنفس آموزش داده شد. جلسه یازدهم پرورش حس معنویت و ایمان شامل نقش معنویت در زندگی، ارائه مفهوم خوش‌بینی و امیدواری در زندگی و تاثیر خوش‌بینی و امیدواری بر سلامت روان آموزش داده شد. جلسه دوازدهم شامل جمع‌بندی محتوای آموزش‌های آموزش داده شده در جلسات قبلی بود. لازم به ذکر است که در پایان هر جلسه تکلیفی بر اساس آموزش‌های آن جلسه ارائه شد و در آغاز جلسه بعد ضمن بررسی آنها به آنان بازخورد داده شد.

یافته‌ها

شرکت کنندگان این پژوهش ۳۰ زن دچار نشخوار فکری (۱۵ نفر گروه آموزش تاب‌آوری و ۱۵ نفر گروه کنترل) بودند. در گروه آزمایش تحصیلات ۶ نفر دیپلم (۴۰٪)، ۳ نفر کاردانی (۲۰٪)، ۴ نفر کارشناسی (۲۶/۶۷٪) و ۲ نفر بالاتر از کارشناسی (۱۳/۳۳٪) و در گروه کنترل تحصیلات ۵ نفر دیپلم (۳۳/۳۳٪)، ۴ نفر کاردانی (۲۶/۶۷٪)، ۵ نفر کارشناسی (۳۳/۳۳٪) و ۱ نفر بالاتر از کارشناسی (۶/۶۷٪) بود. همچنین در گروه آزمایش دامنه سنی ۴ نفر ۲۰-۲۴ سال (۲۶/۶۷٪)، ۷ نفر ۲۵-۲۹ سال (۴۶/۶۷٪)، ۲ نفر ۳۰-۳۴ سال (۱۳/۳۳٪) و ۱ نفر ۳۵-۳۹ سال (۶/۶۷٪) و در گروه کنترل دامنه سنی ۵ نفر ۲۰-۲۴ سال (۳۳/۳۳٪)، ۶ نفر ۲۵-۲۹ سال (۴۰٪)، ۳ نفر ۳۰-۳۴ سال (۲۰٪) و ۱ نفر ۳۵-۳۹ سال (۶/۶۷٪) بود. در جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون کفایت اجتماعی و سرسختی سلامت گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون کفایت اجتماعی و سرسختی سلامت گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه‌ها متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
	M	SD	M	SD
کفایت اجتماعی	۱۵۵/۳۰	۱۳/۰۱۴	۱۵۹/۵۰	۱۲/۵۴۶
سرسختی سلامت	۳۴/۱۵۰	۵/۴۰۴	۳۲/۲۵۰	۶/۰۳۵

با توجه به نتایج جدول (۱) میانگین پس آزمون کفایت اجتماعی گروه آزمایش ($M=170/40$) از میانگین پس آزمون کفایت اجتماعی گروه کنترل ($M=163/550$) بیشتر است. همچنین میانگین پس آزمون سرسختی سلامت گروه

آزمایش ($M=49/250$) از میانگین پس آزمون سرسختی سلامت گروه کنترل ($M=33/050$) بیشتر است. بنابراین می توان گفت میانگین پس آزمون کفایت اجتماعی و سرسختی سلامت گروه آزمایش از میانگین پس آزمون کفایت اجتماعی و سرسختی سلامت گروه کنترل بیشتر است. از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی پیش فرض نرمال بودن استفاده شد که نتایج آن در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول (۲) نتایج ارزیابی نرمال بودن بر اساس آزمون کولموگروف - اسمیرنوف

متغیرها	گروهها	آماره F	Df	سطح معناداری
کفایت اجتماعی	آزمایش	۰/۱۶۳	۱۵	۰/۱۷۳
	کنترل	۰/۱۱۸	۱۵	۰/۲۰۰
سرسختی سلامت	آزمایش	۰/۱۰۸	۱۵	۰/۲۰۰
	کنترل	۰/۱۱۲	۱۵	۰/۲۰۰

با توجه به نتایج جدول (۲) فرض نرمال بودن برای همه متغیرهای وابسته برقرار است. چون اگر مقدار Sig بزرگتر از ۰/۰۵ باشد، فرض نرمال بودن تایید می شود. بنابراین پیش فرض نرمال بودن برای همه متغیرهای وابسته تایید شد. برای بررسی پیش فرض برابری ماتریس های واریانس - کوواریانس از آزمون M باکس و برای بررسی پیش فرض برابری واریانس های متغیرهای وابسته در سطح مختلف متغیر مستقل از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴-۵) ارائه شده است.

جدول (۳) نتایج ارزیابی برابری ماتریس های کوواریانس و برابری واریانس ها بر اساس آزمون M باکس و آزمون لوین

آزمونها	متغیر	آماره F	df1	df2	سطح معناداری
آزمون M باکس کلی		۰/۱۶۷	۶	۱۰۴۶۲/۱۸۹	۰/۹۸۶
آزمون لوین	کفایت اجتماعی	۰/۲۴۸	۱	۳۸	۰/۵۹۷
	سرسختی سلامت	۰/۲۱۴	۱	۳۸	۰/۴۶۴

با توجه به نتایج جدول (۳) آزمون M باکس معنادار نیست که این امر نشان می دهد ماتریس های کوواریانس متغیر وابسته در بین سطوح مختلف متغیر مستقل برابرند. چون اگر مقدار Sig بزرگتر از ۰/۰۵ باشد، فرض برابری تایید می شود، بنابراین این مفروضه تایید می شود. همچنین نتایج آزمون لوین معنادار نیست که این امر هم نشان می دهد که واریانس متغیرهای وابسته در سطوح مختلف متغیر مستقل برابرند. چون اگر مقدار Sig بزرگتر از ۰/۰۵ باشد، فرض برابری تایید می شود، بنابراین این مفروضه هم تایید می شود.

جدول (۴) نتایج آزمون چند متغیری

اثر	آزمونها	مقدار	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۶۳	۳۵/۴۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۳
	لامبدای ویلکز	۰/۲۳۷	۳۵/۴۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۳
	اثر هاتینگ	۳/۲۲۳	۳۵/۴۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۳
	بزرگترین ریشه روی	۳/۲۲۳	۳۵/۴۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۳

با توجه به نتایج جدول (۴) هر چهار آزمون نشان داد که متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته اثر معنادار داشته است. در پژوهش ها معمولا نتایج آزمون لامبدای ویلکز گزارش می شود. همچنین از روی ارزش مجذور اتای آزمون لامبدای ویلکز (۰/۷۶۳) می توانیم معین کنیم که متغیر مستقل ۷۶/۳ درصد از واریانس کل را تبیین می کند. از آنجایی که آزمون چند متغیری معنادار است، می توان به ارزیابی جداگانه تاثیر متغیر مستقل بر هر یک از متغیرهای وابسته پرداخت.

جدول (۵) خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر کفایت اجتماعی زنان دچار نشخوار فکری

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار احتمال	مجذورات
پیش آزمون	۶۲۵/۹۱۷	۱	۶۲۵/۹۱۷	۹۰/۸۹۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱۱
گروه	۲۹۹/۲۶۰	۱	۲۹۹/۲۶۰	۴۳/۴۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴۰
واریانس خطا	۱۸۵/۹۲۲	۲۷	۶/۸۸۶			
واریانس کل	۲۸۶۱۸/۰۰۰	۳۰				
واریانس کل اصلاح شده	۱۲۶۵/۱۰۰	۲۹				

با توجه به نتایج جدول (۵) نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری با کنترل اثر پیش آزمون نشان داد که گروه اثر معناداری بر نمرات پس آزمون داشته است که با در نظر گرفتن مجذورات می‌توان گفت ۵۴ درصد تغییرات اجتماعی ناشی از تاثیر آموزش تاب‌آوری است. بنابراین در پاسخ به فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه روش آموزش تاب‌آوری بر کفایت اجتماعی زنان دچار نشخوار فکری موثر است، می‌توان گفت که آموزش تاب‌آوری باعث افزایش معنادار کفایت اجتماعی زنان دچار نشخوار فکری شد ($F=43/459, P \leq 0/001$).

جدول (۶) خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر سرسختی سلامت زنان دچار نشخوار فکری

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار احتمال	مجذورات
پیش آزمون	۴۲۶۳/۳۲۵	۱	۴۲۶۳/۳۲۵	۱۲۷/۹۹۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷۶
گروه	۱۰۲۷/۴۷۵	۱	۱۰۲۷/۴۷۵	۳۰/۸۴۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵۵
واریانس خطا	۸۹۹/۳۴۳	۲۷	۳۳/۳۰۹			
واریانس کل	۱۱۲۱۹۱/۰۰۰	۳۰				
واریانس کل اصلاح شده		۲۹				

با توجه به نتایج جدول (۶) نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری با کنترل اثر پیش آزمون نشان داد که گروه اثر معناداری بر نمرات پس آزمون داشته است که با در نظر گرفتن مجذورات می‌توان گفت ۴۵/۵ درصد تغییرات سرسختی سلامت ناشی از تاثیر آموزش تاب‌آوری است. بنابراین در پاسخ به فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه روش آموزش تاب‌آوری بر سرسختی سلامت زنان دچار نشخوار فکری موثر است، می‌توان گفت که آموزش تاب‌آوری باعث افزایش معنادار سرسختی سلامت زنان دچار نشخوار فکری شد ($F=30/847, P \leq 0/001$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کفایت اجتماعی و سرسختی سلامت زنان دچار نشخوار فکری مراجعه کننده به مراکز و کلینیک‌های مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۶ انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش تاب‌آوری باعث افزایش معنادار کفایت اجتماعی زنان دچار نشخوار فکری شد. این یافته با یافته پژوهش‌های (رس، بوکی، زبوزینک، موتیوالا و همکاران^۱، ۲۰۱۳؛ لپرینزی، پراساد، شرویدر و سود^۲، ۲۰۱۱؛ ماراویک، میلِت، بک و هیدالگو^۳، ۲۰۱۱؛ حسینی و بهشتیان، ۱۳۹۵؛ غلامی و واحدی، ۱۳۹۴) همسو بود. برای مثال رس و همکاران (۲۰۱۳) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که برنامه‌های آموزش تاب‌آوری باعث کاهش استرس و درک

^۱ . Rose., Buckley., Zbozinek., Motivala., Glenn & et al.

^۲ . Loprinzi., Prasad., Schroeder & Sood

^۳ . Maravic., Milet., Beck & Hidalgo

افزایش استرس شد. در پژوهشی دیگر لپرینزی و همکاران گزارش کردند که آموزش تاب‌آوری و مدیریت استرس باعث کاهش استرس و افزایش تاب‌آوری زنان نجات یافته از سرطان پستان شد. همچنین حسینی و بهشتیان (۱۳۹۵) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش تاب‌آوری بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و رضایت از زندگی موثر بود. در پژوهشی دیگر غلامی و واحدی (۱۳۹۴) گزارش کردند که آموزش برنامه تاب‌آوری بر تنظیم شناختی هیجان دانشجویان افسرده موثر بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت یکی از دلایل مداخله‌های حیطه تاب‌آوری این است که اغلب این مداخله‌ها در سبک اسناد افراد تغییراتی ایجاد می‌کنند. افراد با تاب‌آوری بالا در مقابل رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی، ابراز وجود و اعتماد به نفس برخورد می‌کنند. در نتیجه این رویدادها را قبل کنترل ارزیابی می‌کنند. نگرش‌های خوش‌بینانه پردازش اطلاعات را موثرتر می‌سازد و فرد راهبردهای مقابله فعال بیشتری را به کار می‌گیرد و توان کنار آمدن با شرایط دشوار افزایش می‌یابد. بنابراین تاب‌آوری انعطاف‌پذیری فرد را افزایش می‌دهد و این ویژگی باعث افزایش سازگاری افراد با شرایط مختلف می‌گردد. همچنین تاب‌آوری با کاهش هیجانات منفی سلامت را افزایش داده و میزان رضایتمندی از زندگی نیز افزایش می‌یابد. در نتیجه چنین عوامل باعث افزایش خودکارآمدی و عزت نفس افراد می‌شوند و اینکه این عوامل خود باعث بهبود کفایت اجتماعی می‌شوند. تبیین دیگر بر مبنای نظر کانر و دیویدسون^۱ (۲۰۰۳) اینکه در واقع تاب‌آوری با افزایش عواطف و احساسات مثبت و کاهش عواطف و احساسات منفی خودارزشمندی را افزایش می‌دهد و مقابله با شرایط دشوار زندگی را راحت‌تر می‌سازد و در نتیجه میزان عزت نفس افزایش می‌یابد. همچنین تاب‌آوری باعث افزایش خودمختاری، عزت نفس، آگاهی میان فردی و مهارت‌های اجتماعی و هدفمندی می‌شود و افراد تاب‌آور با خوش‌بینی، پشتکار، احترام به خود، هدفمندی و ارتباط خوب با دیگران این توانایی را پیدا می‌کنند که بر موانع و مشکلات زندگی چیره شده و هم‌چنان بهزیستی روانشناختی خود را حفظ کنند. علاوه بر آن آموزش تاب‌آوری به افراد کمک می‌کند تا عزت نفس و احترام به خود را یاد بگیرند. وقتی عزت نفس افزایش می‌یابد، فرد احترام و ارزش بیشتری برای خود قائل می‌شود و در نتیجه خود را همان‌گونه که هست به عنوان فردی قابل احترام می‌پذیرد. به این ترتیب کسب توانایی تاب‌آوری، پذیرش خود را که یکی از مولفه‌های سلامت است در افراد افزایش می‌دهد. 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. هنگامی که افراد خود را در این زمینه‌ها توانمند ببینند، این عوامل باعث بهبود کفایت اجتماعی آنها می‌شود.

یافته دیگر پژوهش نشان داد آموزش تاب‌آوری باعث افزایش معنادار سرسختی سلامت زنان دچار نشخوار فکری شد. این یافته با یافته پژوهش‌های (استاهل، دوسیت، لاجویی، دینگر، مهتا و همکاران^۲، ۲۰۱۷؛ پنگ، لی، ژائو میائو چن و همکاران^۳، ۲۰۱۴؛ صادقی و همکاران، ۱۳۹۵؛ خدابخشی و همکاران، ۱۳۹۵؛ شیخ زاده قولنجی و همکاران، ۱۳۹۴؛

^۱ . Conner & Davidson

^۲ . Stahl., Dossett., LaJoie, Denninger., Mehta & et

^۳ . Peng, Li, Zuo, Miao., Chen & et al.

احمدی و شریفی درآمدی، ۱۳۹۳؛ شجاعی و همکاران، ۱۳۹۲) همسو بود. برای مثال استاهل و همکاران (۲۰۱۷) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش تاب‌آوری باعث بهبود پاسخ‌های بهداشتی درمانی شد. در پژوهشی دیگر پنگ و همکاران (۲۰۱۴) گزارش کردند که آموزش تاب‌آوری باعث افزایش نمره کلی هیجان مثبت و کاهش نمره کلی هیجان منفی شد. همچنین صادقی و همکاران (۱۳۹۵) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش تاب‌آوری باعث بهبود سلامت مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی شد. در پژوهشی دیگر خدابخش و همکاران (۱۳۹۵) گزارش کردند که آموزش تاب‌آوری باعث بهبود بهزیستی روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شد.

بر مبنای نظر ولف^۱ (۱۹۹۵) در زمینه تاثیر مثبت آموزش تاب‌آوری بر ویژگی‌های روانشناختی مثبت می‌توان به ویژگی‌های اساسی افراد تاب‌آور مانند توان اجتماعی، توانمندی، حل مساله، خودگردانی و احساس هدفمندی و باور به آینده ای روشن اشاره کرد. به باور ماستن^۲ (۲۰۰۱) در نتیجه فرایند تاب‌آوری اثرات ناگوار اصلاح یا تعدیل و یا حتی ناپدید می‌گردند و سلامت حفظ می‌شود و بهبود می‌یابد. در واقع به نظر می‌رسد میزان تاب‌آوری در بهبود سرسختی سلامت نقش مهم و تعیین کننده ای دارد. بنابراین افراد مبتلا به نشخوار فکری که آموزش تاب‌آوری دریافت کرده اند به واسطه انعطاف‌پذیری انطباقی، اعتماد به نفس بالاتری داشته و در مقایسه با افرادی که از سطح پایین تاب‌آوری برخوردارند سازگاری روانشناختی بهتری دارند. از این رو بدیهی است که آموزش تاب‌آوری باعث افزایش سرسختی سلامت زنان دچار نشخوار فکری شود. تبیین دیگر بر مبنای نظر دنت^۳ (۲۰۰۹) اینکه توانایی حل کردن مشکلات و مهارت‌های حل تعارض به عنوان یکی از ویژگی‌های بارز در افراد تاب‌آور ذکر شده است و برنامه آموزش تاب‌آوری باعث می‌شود که افراد راهبردها و مهارت‌های رویارویی با رویدادهای ناخوشایند زندگی را یاد بگیرند. بنابراین تاب‌آوری به عنوان یک عامل محافظتی است که به مانند نوع واکسیناسیون عمل می‌کند. افراد با تاب‌آوری بالا از راهبردهای مقابله موثر در برخورد با مسائل زندگی استفاده می‌نمایند و نگاه آنها به مشکلات به ویژه مشکلات سلامتی به گونه ای است که در نظر آنها مشکلات به عنوان فرصتی برای یادگیری و رشد می‌باشند که این عوامل باعث می‌شوند آموزش تاب‌آوری باعث بهبود سرسختی سلامت زنان دچار نشخواری فکری شود.

با توجه به نتایج در صورتی که بسترهای لازم برای اجرای این روش فراهم شود، این روش می‌تواند به عنوان یک روش کارآمد و کاربردی مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به اینکه آموزش تاب‌آوری قابلیت کاربرد در مراکز درمانی دارد، لذا پیشنهاد می‌شود مشاوران، روانشناسان بالینی و درمانگران از این روش برای ایجاد تغییرات در متغیرهای روانشناختی به ویژه کفایت اجتماعی و سرسختی سلامت و حتی سایر متغیرهای روانشناختی استفاده کنند. همچنین مسئولان و برنامه ریزان سازمان‌ها می‌توانند از روش آموزش تاب‌آوری برای ایجاد مداخله در متغیرهای روانشناختی که با توجه به سازمان خود احساس نیاز می‌کنند مثل سلامت روانی، سلامت جسمی، کیفیت زندگی، اضطراب،

1. Wolff

2. Masten

3. Dent

افسردگی و غیره استفاده کنند و تغییرات لازم را در افراد مربوطه ایجاد نمایند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نخستین محدودیت این پژوهش همکاری پایین برخی زنان دچار نشخوار فکری برای انجام پژوهش و رد درخواست شرکت در پژوهش بود و محدودیت دیگر عدم استفاده از مرحله پیگیری برای بررسی پایدار بودن تاثیر روش تاب‌آوری بود.

منابع

- احمدی، رضا و شریفی درآمدی، پرویز. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سلامت روان افراد دچار سوء مصرف مواد در کانون توسکای شهر تهران. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۱۶(۳): ۱۸-۱.
- افروز، غلامعلی؛ قاسم زاده، سوگند؛ تازیکی، طیبه و دلگشاد، ناگو. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت‌های تنظیم خلق بر خودپنداره و کفایت اجتماعی دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری. مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۳(۳): ۲۴-۶.
- بهزادپور، سمانه؛ مطهری، زهرا سادات؛ وکیلی، مریم و سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۴). تاثیر آموزش تاب‌آوری بر افزایش بهزیستی روانشناختی زنان نابارور. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۳(۵): ۱۴۲-۱۳۱.
- تیموری، سعید؛ رضائی، فرزانه و محجوب، نجمه. (۱۳۹۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی زنان در حال ترک با متادون. مجله اعتیاد پژوهی، ۹(۳۴): ۱۵۹-۱۴۵.
- جاهد مطلق، عذرا؛ یونسی، سیدجلال؛ ازخوش، منوچهر و فرضی، مرجان. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر فشار روانی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی ساکن خوابگاه. مجله روانشناسی مدرسه، ۴(۲): ۲۱-۷.
- حسینی بهشتیان، سیدمحمد. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر راهبردهای تنظیم هیجان و رضایت از زندگی زنان سرپرست خانوار. مجله جامعه پژوهی فرهنگی، ۷(۳): ۵۰-۲۵.
- حیدریان، آرزو؛ زهراکار، کیانوش و محسن زاده، فرشاد. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر میزان تاب‌آوری و کاهش نشخوار فکری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان: کارآزمایی تصادفی شده. مجله بیماری‌های پستان ایران، ۹(۲): ۵۲-۴۵.
- خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ فلسفی نژاد، محمدرضا و نویدیان، علی. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تاب‌آوری در برابر استرس بر بهزیستی روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. فصلنامه پرستاری دیابت، ۴(۳): ۴۰-۳۰.
- دلاور، علی (۱۳۸۷). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
- شجاعی، ستاره؛ به پژوه، احمد؛ شکوهی یکتا، محسن و غباری بناب، باقر. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سلامت روانی خواهران و برادران کودکان با نشانگان داوون. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱(۵): ۴۴۷-۴۳۶.
- شیخ زاده قولنجی، فرشته؛ ترخان، مرتضی؛ گلچین، ندا و زارع، حسین. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تاب‌آوری گروهی بر مولفه‌های سلامت عمومی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی. فصلنامه مطالعات روانشناختی، ۴(۴): ۷۱-۵۳.
- صادقی، مسعود؛ سپهوندی، محمدعلی و رضایی فر، نسرين. (۱۳۹۵). تاثیر آموزش تاب‌آوری خانواده بر سلامت روانی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی. نشریه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۶(۱): ۷۸-۵۷.
- غلامی، جمیله و سهرابی، نادره. (۱۳۹۴). مطالعه تحولی حل مساله اجتماعی و نشخوار فکری در زنان. مجله زن و جامعه، ۶(۳): ۷۸-۵۹.
- غلامی، سمیه و واحدی، شهرام. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش برنامه تاب‌آوری پن بر تنظیم شناختی هیجان افراد افسرده. مجله پزشکی ارومیه، ۲۶(۱۲): ۱۰۲۷-۱۰۱۹.

- غلامی، مهدی. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی راهبردهای ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و مهارت‌های مقابله مذهبی معنوی بر اضطراب مرگ، سرسختی سلامت، شکایات جسمانی و فشار خون در سالمندان مبتلا به فشار خون بالا. پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- قاضی، منیژه. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر امید بر سرسختی سلامت نوجوانان تالاسمی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تهران.
- منصوری، احمد. (۱۳۸۸). بررسی مقایسه ای نگران، وسواس فکری و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، افسردگی و افراد هنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تبریز.
- Arbuthnott, E., Lewis, P., & Bailey, N. (2015). Rumination and emotions in no suicidal self-injury and eating disorder behaviors: a preliminary test of the emotional cascade model. *Journal of Clinical Psychology*, 71(1): 62-71.
- Bahamin, G. H., Taheri, F., Moghaddas, A. R., Sohrabi, F., & Dortaj, F. (2012). The effects of hardiness training on suicide ideation, quality of life and plasma levels of lipoprotein in patients with depressive disorder. *Social Behavior Science*, 46: 4236-4243.
- Brooks, M. V. (2008). Health-related hardiness in individuals with chronic illnesses. *Clinical Nursing Research*, 17(2): 98-117.
- Cheung, C. K., & Lee, T. Y. (2010). Improving social competence through character education. *Evaluation and Program Planning*, 33(3): 255-263.
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety*, 18: 76-82.
- Dent, M. (2009). *Real kids in an unreal world: building resilience and self-esteem in today's children*, Murwillumbah, Pennington Publications, N.S.W.
- Felner, R. D., Lease, A. M., & Philips, R. C. (1990). *Social competence and the language of adequacy as a subject matter for psychology: a quadripartite travel framework*. In T. P. Gullotta, G. R. Adams, & R. Montemayor (Eds), *The Development of Social Competence* (pp. 254-264). Beverly Hills: Sage.
- learning disabilities: a qualitative analysis of a 20-year longitudinal study. *Learning Disable Research Practice*, 18: 222-236.
- Gebhardt, W. A., VanderDoef, M. P., & Paul, L. B. (2001). The revised health hardiness inventory (RHII-24): psychometric properties and relationship with self-reported health and health behavior in two Dutch samples. *Health Education Research*, 16(5):579-592.
- Giorgio, J. M., Sanflippo, J., Kleiman, E., Reilly, D., Bender, R. E., & et al. (2010). An experiential avoidance conceptualization of depressive rumination: three tests of the model. *Behavior Research and Therapy*, 48: 1021-1031.
- Henderson, N., & Milstein, M. M. (2003). *Resiliency in schools: making it happen for students and educators*. Corwin Press Inc.
- Johnson, J. R., Emmons, H. C., Rivard, R. L., Griffin, K. H., & Dusek, J. A. (2015). Resilience training: a pilot study of a mindfulness-based program with depressed healthcare professionals. *The Journal of Science and Healing*, 11(6): 433-444.
- Kim, E., Guo, Y., Koh, C., & Cain, K. C. (2010). Korean immigrant discipline and children's social competence and behavior problems. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(6): 490-499.
- Kocak, C., & Onen, A. (2014). The analysis on interpersonal relationship dimensions of secondary school students according to their ruminative thinking skills. *Social and Behavioral Sciences*, 143: 784-787.
- Lanciano, T., Curci, A., & Zatton, E. (2012). Why do some people ruminate more or less than others? the role of Emotional Intelligence ability. *Europe's Journal of Psychology*, 265-284.

- Loprinzi, C. E., Prasad, K., Schroeder, D. R., & Sood, A. (2011). Stress management and resilience training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial. *Clinical Breast Cancer*, 11(6): 364-368.
- Maravic, M. C., Milet, R., Beck, J. C., & Hidalgo, J. A. (2011). The effect of systemic resilience training on stress and violence among shelter staff and unaccompanied migrant youth. *Comprehensive Psychiatry*, 52(6): 10-11.
- Maravic, M. C., Milet, R., Beck, J. C., & Hidalgo, J. A. (2011). The effect of systemic resilience training on stress and violence among shelter staff and unaccompanied migrant youth. *Comprehensive Psychiatry*, 52(6): 10-11.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychology*, 56: 227-238.
- Moilanen, K. L., & Manuel, M. L. (2017). Parenting, self-regulation and social competence with peers and romantic partners. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 49: 46-54.
- Monti, J. D., Rudolph, K. D., & Miernicki, M. E. (2017). Rumination about social stress mediates the association between peer victimization and depressive symptoms during middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 48: 25-32.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7: 561-570.
- Peng, L., Li, M., Zuo, X., Miao, Y., Chen, L., & et al. (2014). Application of the Pennsylvania resilience training program on medical students. *Personality and Individual Differences*, 61-62: 47-51.
- Pollock, S. E. (1989). The hardiness characteristic: a motivation factor in adaption. *Advanced in Nursing Science*, 11(2): 53-62.
- Rose, R. D., Buckley, J., Zbozinek, T. D., Motivala, S. J., Glenn, D. E., & et al. (2013). A randomized controlled trial of a self-guided, multimedia, stress management and resilience training program. *Behaviour Research and Therapy*, 51(2): 106-112.
- Saurin, T. A., Wachs, P., Righi, A. W., & Henriqson, E. (2014). The design of scenario-based training from the resilience engineering perspective: A study with grid electricians. *Accident Analysis & Prevention*, 68: 30-41.
- Sheard, M., & Golby, J. (2007). Hardiness and undergraduate academic study: The moderating role of commitment. *Personality and Individual Difference*, 35: 579-588.
- Stahl, J. E., Dossett, M. L., LaJoie, A. S., Denninger, J. W., Mehta, D. H., & et al. (2017). Relaxation response and resiliency training and its effect on healthcare resource utilization. *PLOS ONE*, 12(2): e0172874.
- Sundin, E. C., Shonin, E., Van Gordon, W., & Horgan, L. (2011). Mindfulness meditation, psychological wellbeing and resilience to stress: development and pilot study of the newly designed meditation based awareness training. *European Psychiatry*, 26(1): 13-31.
- Westling, E., Andrews, J. A., & Peterson, M. (2012). Gender differences in pubertal timing, social competence, and cigarette use: a test of the early maturation hypothesis. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 51(2): 150-155.
- Wolff, S. (1995). The concept of resilience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29: 565-574.
- Zhang, X. (2013). Bidirectional longitudinal relations between father-child relationships and Chinese children's social competence during early childhood. *Early Childhood Research Quarterly*, 28(1): 83-93.