

اثربخشی آموزش تاب‌آوری گروهی بر مؤلفه‌های سلامت عمومی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی

فرشته شیخ زاده فولنجی* ✉، مرتضی ترخان**،
ندا گلچین*** و حسین زارع****

چکیده

پژوهش حاضر به منظور اثربخشی آموزش تاب‌آوری گروهی بر سلامت عمومی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی انجام شد. پس از اجرای پرسشنامه‌های تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲)، تعداد ۳۰ دانش‌آموز دختر سال اول دبیرستانی با میانگین سنی ۱۵ سال و ۲ ماه (دامنه سنی ۱۷-۱۵) انتخاب شدند که نمرات تاب‌آوری و سلامت عمومی پایین را در پرسشنامه‌های مذکور کسب کرده بودند و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند. آزمودنی‌های هر گروه به کلیه گویه‌های پرسشنامه‌های تاب‌آوری و سلامت عمومی در دو وهله قبل از مداخله و پس از مداخله پاسخ دادند. روش این پژوهش آزمایشی و طرح این پژوهش دو گروهی، پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. پس از اجرای ۱۰ جلسه آموزش تاب‌آوری گروهی کراگر (۲۰۰۶)، تحلیل یافته‌ها با استفاده از آزمون t حاکی از افزایش معنادار تاب‌آوری و سلامت عمومی آزمودنی‌ها بود. با توجه به یافته‌های فوق می‌توان گفت آموزش تاب‌آوری گروهی به واسطه تغییر سازه‌های روان‌شناختی به افزایش سلامت عمومی منجر می‌شود. بنابراین، به نظر می‌رسد آموزش تاب‌آوری برای مدیریت مؤلفه‌های سلامت عمومی اثربخش است.

کلید واژه‌ها

آموزش؛ تاب‌آوری؛ سلامت عمومی؛ دانش‌آموزان دختر

مقدمه

اصطلاح تاب‌آوری^۱ به مثابه یک مؤلفه شخصیتی در اواخر قرن بیستم بر اساس پژوهش‌هایی که در زمینه فرآیندهای عالی مؤثر بر کنترل و هدایت فرآیندهای شناختی انجام شد، پا به عرصه تحقیقات روان‌شناختی گذاشت (لمی و گزل^۲، ۲۰۰۱). تاب‌آوری به منزله یک سپر در برابر موقعیت‌های تهدیدکننده و فزاینده مقابله و سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط چالش‌انگیز و استرس آفرین زندگی تعریف می‌شود (ماستن، بست و گارمزی^۳، ۲۰۰۹). به دیگر سخن تاب‌آوری استعداد و ظرفیت افراد برای مقابله با استرس، حوادث و فجایع را افزایش می‌دهد (دیویدسون^۴، ۲۰۰۰) و موجب توانایی و سازگاری موفقیت‌آمیز افراد در موقعیت‌های مختلف زندگی می‌شود (مدی و خوشابا^۵، ۲۰۰۵). به بیان دیگر تاب‌آوری ترجمان رشد مثبت، انطباق‌پذیری و رسیدن به سطحی از تعادل پس از به‌وجود آمدن اختلال در افراد است (ریچاردسون^۶، ۲۰۰۲ به نقل از صفاری نیا، ترخان و مهرآبادی، ۱۳۹۳). به همین جهت ماستن، بست و گارمزی (۱۹۹۰) بر این باور بودند که تاب‌آوری نه تنها گویای شکست‌ناپذیری افراد در برابر حالت‌های اضطرابی افراد است، بلکه موجب می‌شود افراد با قوای روانی و ذهنی بیش‌تری در مقابل شرایط استرس‌زا مقاومت کنند. از ویژگی‌های بارز تاب‌آوری این است که نه تنها فعالیت‌های افراد را به سمت و سوی خاص جهت می‌دهد، بلکه موجب ترغیب افراد تا دستیابی به هدف معین می‌شود (ریوچ، شات و گیلهام^۷، ۲۰۰۳، به نقل از نینان و درایدن، ۱۳۹۲). بر همین اساس وینسنت^۸ (۲۰۰۷) معتقد است، تاب‌آوری موجبات یادگیری مهارت‌های رفتاری و شناختی به منظور تسلط بر موقعیت‌های استرس آفرین به‌ویژه در مناسبات بین فردی را فراهم می‌کند. در این راستا هانتز و

-
1. Resilience
 2. Lemay & Ghazal
 3. Masten, Best & Garmezy
 4. Davidson
 5. Maddi & Khoshaba
 6. Richardson
 7. Reivich, Shatte & Gillham
 8. Vincent

چندلر^۱ (۱۹۹۹) و فربورگ^۲ و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهش‌های خود نشان دادند، تاب‌آوری نه تنها می‌تواند توانایی تأثیرگذاری افراد را در موقعیت‌های اضطراب‌انگیز افزایش دهد، بلکه می‌تواند موجب انعطاف‌پذیری افراد در موقعیت بحرانی و حساس زندگی شود. پژوهش‌های مدی و خوشابا^۳ (۲۰۰۵) در زمینه تاب‌آوری نشان داد تاب‌آوری می‌تواند در زمینه‌های روانی، هیجانی و اجتماعی نقش اساسی در روابط بین فردی افراد داشته باشد. این محققان بر این باور هستند، افرادی که در زمینه‌های فوق، تاب‌آوری بالاتری دارند، معمولاً در موقعیت‌های مختلف به‌خصوص در موقعیت‌های استرس‌آفرین زندگی رفتارهای بهنجار و ثبات یافته‌تری از خود نشان می‌دهند. بر همین اساس متخصصان علوم رفتاری سه مؤلفه برای تاب‌آوری در نظر گرفتند که عبارت هستند از تاب‌آوری روان‌شناختی^۳، تاب‌آوری هیجانی^۴ و تاب‌آوری اجتماعی^۵. تاب‌آوری روان‌شناختی به ظرفیت و گنجایش افراد برای تحمل فشارهای روانی در شرایط سخت و ناگوار زندگی مثل ابتلا به یک بیماری روانی یا قرار گرفتن در یک موقعیت استرس‌آفرین اشاره دارد. به عبارت دیگر تاب‌آوری روان‌شناختی، ترجمان تحمل روان‌شناختی است که افراد را از آسیب‌های روانی دور می‌کند (بورنی^۶، ۲۰۰۴). تاب‌آوری هیجانی بیان‌کننده تحمل افراد در شرایط سخت عاطفی و هیجانی به‌منظور کاهش ستیز درونی است. افرادی که تاب‌آوری هیجانی بالایی دارند، وقتی در شرایط سخت هیجانی و عاطفی قرار می‌گیرند، پیش از آنکه از شیوه هیجان‌مدار استفاده کنند، سعی می‌کنند با استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای انطباقی^۷ و مسئله‌مدار^۸ فشارهای هیجانی خود را کاهش دهند. منظور از تاب‌آوری اجتماعی، مبین پایداری و مقاومت افراد در برابر آسیب‌ها و شرایط تهدیدکننده اجتماعی مانند فقر، تهیدستی، مجادله‌های خانوادگی و درگیری‌های اجتماعی است. در این شرایط افراد پیش از آنکه تسلیم شرایط موجود شوند، تلاش می‌کنند با اتخاذ

-
1. Hunter & Chandler
 2. Friborg
 3. Psychological Resilience
 4. Emotional Resilience
 5. Social Resilience
 6. Bourne
 7. Adoptive Coping Skills
 8. Focused Problem

راه‌حل‌های منطقی و با روحیه مشارکت‌جویی با دیگر افراد نه تنها استرس‌های اجتماعی را کنترل کنند، بلکه وضعیت موجود را در جهت مثبت ارتقا دهند (مدی و خوشابا، ۲۰۰۵، بورنی، ۲۰۰۴). تاب‌آوری گرچه سابقه دیرینه‌ای در ادبیات روان‌شناختی ندارد، اما از زمانی که به‌عنوان یک مؤلفه شخصیتی در ادبیات روان‌شناختی وارد شد، پژوهش‌های زیادی را به خود طلبیده و اثربخشی آن بر روی بسیاری از متغیرهای روان‌شناختی بررسی شده است. کاوش‌ها و واری‌های ورنر و اسمیت^۱ (۱۹۹۲) در زمینه ناسازگاری و رضایت از زندگی، پژوهش‌های خوشمرام و گلزاری^۲ (۱۳۹۰) در زمینه سبک دلبستگی و رضایت زناشویی و بررسی‌های راتر^۳ (۱۹۹۳) در زمینه رفتارهای ناسازگارانه کودکان دارای والدین مبتلا به بیماری روانی همگی بیان‌کننده این واقعیت هستند، با افزایش تاب‌آوری در افراد نه تنها می‌توان ستیز درونی افراد را در موقعیت‌های استرس‌آفرین کاهش داد، بلکه می‌توان سلامت عمومی افراد را در گستره زندگی افزایش داد. سلامت عمومی^۳ افراد از جمله متغیرهایی که اثربخشی تاب‌آوری بر روی آن در جمعیت‌های مختلف بررسی شده است. امروزه بسیاری از محققان از جمله جسلون^۴، (۱۹۹۷)، دینر^۵ و همکاران (۲۰۰۹) بر این باور هستند، وقتی انسان‌ها با استرس و موقعیت‌های تهدیدکننده زندگی مواجه می‌شوند، احساس درماندگی می‌کنند و دست به رفتارهای ناهنجار از جمله رفتارهای پرخاشگرانه می‌زنند. چنانچه این شیوه رفتاری برای مدت طولانی در زندگی آن‌ها وجود داشته باشد، سلامت جسمانی و روانی آن‌ها دچار اغتشاش شده و این مهم به نوبه خود موجب کاهش سلامت عمومی آن‌ها در ابعاد مختلف زندگی می‌شود. به همین جهت سازمان بهداشت جهانی^۶ تأمین سلامت روانی و عمومی انسان‌ها را برای بهبود کیفیت زندگی امری حیاتی و ضروری دانسته است. بر اساس چنین رهیافتی، امروزه بسیاری از محققان، از روش‌های مختلفی برای افزایش سلامت عمومی انسان‌ها استفاده می‌کنند که یکی از آن روش‌ها، اثربخشی تاب‌آوری در جمعیت‌های مختلف

-
1. Werner & Smith
 2. Rutter
 3. General Health
 4. Jacelon
 5. Diener
 6. World Health Organization

است. مثلاً ورنر (۱۹۹۵) در پژوهشی نشان داد، نوجوانانی که از تاب‌آوری بالایی بهره‌مند هستند در مقایسه با نوجوانان دارای تاب‌آوری پایین، نه تنها سلامت عمومی آن‌ها بیش‌تر است، بلکه رفتارهای آسیب‌زایی کم‌تری از خود نشان می‌دهند. نیومن و بلکبرن^۱ (۲۰۰۲) و نیوبرگر و گرمی^۲ (۲۰۰۴) در پژوهش‌های خود نشان دادند، آموزش تاب‌آوری به نوجوانان کمک می‌کند تا آن‌ها در مقابل چالش، تغییرات و خطرات اجتماعی به‌درستی پاسخ داده و این مهم موجب افزایش سلامت عمومی آن‌ها می‌شود. نیومن^۳ (۲۰۰۳) و ایسن^۳ (۲۰۰۲) در پژوهش‌های خود مبرهن کردند، تاب‌آوری با فراهم کردن یک سری پاسخ‌های شناختی، رفتاری و هیجانی مناسب در موقعیت‌های بحرانی، موجب افزایش سلامت عمومی افراد می‌شود. اسمیت^۴ (۲۰۰۲)، مدی و خوشابا^۵ (۲۰۰۵) و دوئر^۶ (۲۰۰۸) در واری‌های خود نشان دادند، نوجوانان و افرادی که از تاب‌آوری پایینی بهره‌مند هستند، در شرایط مختلف زندگی آسیب‌پذیرتر و فاقد جسارت، انگیزه و راهبردهای لازم برای تغییر شرایط تنش‌زا هستند و همیشه درگیر مشغله‌های ذهنی بوده و مشکلات خود را به‌صورت مبالغه‌آمیز بزرگ کرده و خود را قربانی حوادث می‌دانند. از شرایط موجود ناله و شکوه دارند، خود را کم‌توان و ضعیف جلوه می‌دهند و از تلاش برای حل شرایط تنش‌زا اجتناب می‌ورزند. همچنین نحوه برخورد آن‌ها خشک و انعطاف‌ناپذیر بوده و نسبت به آینده احساس نگرانی می‌کنند و به مرور این نگرانی تبدیل به ترس می‌شود و به جای داشتن احساس مسئولیت و راهکارهای خلاق و نوآور برای حل مشکلات، خود را سر در گم و ناتوان احساس می‌کنند. ولی در مقابل افراد دارای تاب‌آوری بالا، حس قوی برای پیشرفت دارند و از اعتماد به نفس، خودباوری و سلامت روانی بالایی بهره‌مند هستند. در این راستا رحیمیان و اصغرنژاد (۱۳۸۷) به نقل از ابوالقاسمی، (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان دادند، تاب‌آوری و سرسختی توان پیش‌بینی معنادار سلامت روان را دارند. همچنین کاوش‌های بونانا و مانسینی^۷ (۲۰۱۲)، بارتون^۷ و همکاران (۲۰۱۲)، درباره

-
1. Newman & Blackburn
 2. Newberger & Gremy
 3. Isen
 4. Smith
 5. Duerr
 6. Bonanno & Mancini
 7. Bartone

اثربخشی تاب‌آوری بر بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی افراد نشان دادند، تاب‌آوری به‌عنوان یک فرایند پویای روان‌شناختی، پاسخ‌های افراد را در موقعیت‌های مختلف زندگی به‌خصوص مواقع بحرانی تحت تأثیر قرار داده و با کنترل عواطف، هیجان‌ها و احساسات موجبات عملکرد بهتر آن‌ها را در این موقعیت‌ها فراهم کرده است. به عبارت دیگر، تاب‌آوری با حفظ تعادل روان‌شناختی افراد در موقعیت‌های مختلف، موجب سازگاری اجتماعی و سلامت روانی آن‌ها شده است. در همگرایی با پژوهش‌های فوق، لی، سادوم و زامورسکی^۱ (۲۰۱۳) و تول، سانگ و جردانز^۲ (۲۰۱۳) در کاوش‌های خود در رابطه با اثربخشی تاب‌آوری بر سلامت روانی کودکان و نوجوانان نشان دادند، کودکان و نوجوانانی که در موقعیت اضطراب‌انگیز تاب‌آوری بالاتری داشتند، در مقایسه با کودکان و نوجوانان دارای تاب‌آوری پایین‌تر، به علت نشان دادن رفتارهای متناسب با موقعیت و تعادل روان‌شناختی بیش‌تر، واجد سلامت روانی بالاتری بودند.

باتوجه به پژوهش‌های فوق و باتوجه به اینکه بررسی‌های متعدد نشان داده است، مداخله‌های درست و به موقع در سنین نوجوانی نه تنها می‌تواند تضمین‌کننده سلامت عمومی نوجوانان باشد، بلکه می‌تواند عملکرد تحصیلی آن‌ها را افزایش دهد، (ره‌دی والت و کلر^۳، ۱۹۹۸). با چنین رهیافتی، این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سؤال بود که آیا آموزش تاب‌آوری گروهی بر سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی مؤثر است؟

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان دختر سال اول دبیرستان‌های شهر ارومیه در سال ۹۰-۸۹ تشکیل دادند. از میان ۵۰ دبیرستان موجود در ارومیه یک دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب شد و به دلیل محدودیت مکانی و زمانی از بین سه مقطع دبیرستان، مقطع اول دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب شد. در این دبیرستان ۱۵۰ دانش‌آموز در کلاس اول

-
1. Lee, Sudom & Zamorski
 2. Tol, Song & Jordans
 3. Rhodewalt & Keller

مشغول به تحصیل بودند که میانگین سنی آن‌ها ۱۵ سال و ۲ ماه و دامنه سنی آزمودنی‌ها از ۱۵ - ۱۷ سال بود. ابتدا تاب‌آوری و سلامت عمومی دانش‌آموزان با استفاده از پرسشنامه تاب-آوری کانر و دیویدسون و سلامت عمومی گلدبرگ اندازه‌گیری شد و سپس ۳۰ نفر از میان آن‌ها که نمره تاب‌آوری و سلامت عمومی پایینی را کسب کرده بودند و تعداد آن‌ها ۷۵ نفر بود، به طور تصادفی دعوت به مصاحبه شدند و رضایت‌نامه اخلاقی شرکت در پژوهش را امضاء کردند. به منظور کنترل متغیرهای اضافی آزمودنی‌های پسر حذف شدند و فقط دختران در پژوهش شرکت کردند و افرادی انتخاب شدند که در متغیر تاب‌آوری و سلامت عمومی نمرات پایینی داشتند، و نیز از شیوه گزینش تصادفی استفاده شد. به طوری که همه در شرایط یکسانی به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و آزمودنی‌ها به طور تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. همچنین، از والدین دو گروه خواسته شد تا آن‌ها در کلاس‌های دیگری تا پایان آموزش ثبت‌نام و شرکت نکنند. سپس گروه آزمایش در معرض مداخله تاب‌آوری گروهی توسط پژوهشگر قرار گرفتند. گروه آزمایش جلسات مداخله را با به‌کارگیری فنون هیجانی و اجتماعی و شناختی به مدت ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. معیار ورود در این پژوهش مؤنث بودن، و کسب نمره پایین در پرسشنامه تاب‌آوری و پرسشنامه سلامت عمومی بود. پس از ۱۰ جلسه آموزش تاب‌آوری به گروه آزمایش از کلیه آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل مجدداً آزمون تاب‌آوری و سلامت عمومی گرفته شد (پس‌آزمون).

مداخلات انجام شده در گروه آزمایش به شرح زیر بود:
منظور از آموزش تاب‌آوری به کارگیری فنون‌های هیجانی، اجتماعی و شناختی است که طی ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به صورت گروهی بر اساس بسته آموزشی کروگر^۱ (۲۰۰۶) اجرا شده است. هر کدام از این مؤلفه‌ها نیز دربردارنده زیر مجموعه‌های آموزشی مختلفی هستند. مؤلفه هیجانی شامل شناخت و مدیریت هیجان می‌شود که به آزمودنی‌ها آموزش داده می‌شود تا بتوانند موقعیت‌های مناسب برای ابراز هیجان‌ات خود را کشف کنند که این راهبردها از

طریق آموزش مهارت‌های آرامش‌سازی عضلانی تدریجی و تمرین‌های تصویرسازی ذهنی است، سپس راه‌های ارتقاء و افزایش همدلی بحث می‌شود. مؤلفه اجتماعی شامل توانایی شکل دادن و نگهداری ارتباطات مثبت است، سپس توانایی ایجاد ارتباط کلامی و غیر کلامی آموزش داده می‌شود، سپس درباره همکاری گروهی و ایجاد حس خوداثربخشی بحث می‌شود و در نهایت در این مرحله به ایجاد حس شوخ طبعی اقدام می‌شود. مؤلفه شناختی شامل فراشناخت و ایجاد اهداف آتی است که حل مسئله و قدرت مؤلفه تصمیم‌گیری و حفظ باورهای مذهبی و معنوی و توجه به اهداف آینده را شامل می‌شود.

جلسه اول: آشنایی با مفاهیم، ساختار، مراحل، روش اجرای برنامه و تکالیف.

جلسه دوم: شناسایی و کنترل هیجان‌ها.

جلسه سوم: آموزش روش‌های پرورش و ارتقاء سطح همدلی و رفتار نوع‌دوستی و سهیم شدن، یاری، پذیرش، ملاحظه و تسلی دادن یکدیگر.

جلسه چهارم: آشنایی با دو واژه خودگردانی و خود تاب‌آوری و تفاوت آن‌ها از طریق تصویرسازی ذهنی و آموزش مهارت‌های آرامش‌سازی عضلانی تدریجی.

جلسه پنجم: توانایی شکل‌دهی روابط مثبت و ابقاء آن و توانایی برقراری رابطه اثربخش کلامی و غیرکلامی.

جلسه ششم: آموزش حس شوخ طبعی - مشارکت گروهی اثربخش.

جلسه هفتم: آموزش حس خودشناسایی، خود ادراکی مثبت و خوداثربخشی.

جلسه هشتم: آموزش فراشناخت، حل مسئله، بررسی چرخه افکار منفی و آموزش تلاش برای رشد نگرش مثبت.

جلسه نهم: بررسی حفظ باورها و انتظارات مذهبی یا معنوی و اهداف آینده.

جلسه دهم: مرور توانایی‌های فراگرفته شده در طی جلسات و یکپارچه‌سازی تاب‌آوری هیجانی، اجتماعی و شناختی در نوجوانان و اجرای پس‌آزمون.

در پژوهش حاضر از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RIS)^۱

این مقیاس ۲۵ گویه ۵ گزینه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب، همیشه) دارد که محمدی (۱۳۸۴) آن را برای استفاده در ایران انطباق داده است. در پژوهش سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ برای پایایی این آزمون به دست آمده است و نتایج آزمون تحلیل عاملی روی این مقیاس بیان‌کننده وجود یک عامل عمومی^۲ در مقیاس بود.

۲- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)^۳

فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه سلامت عمومی برای تمام افراد جامعه طراحی شده است و دارای ۴ زیرمقیاس نشانه‌های جسمانی (۱-۷)، اضطراب و بی‌خوابی (۸-۱۴)، نارساکنش‌وری اجتماعی (۱۵-۲۱) و افسردگی و خیم (۲۲-۲۸) است (گلدبرگ، ۱۹۷۲). گلدبرگ (۱۹۷۲) روایی و پایایی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۳ گزارش کرده است. پایایی این آزمون توسط پالانگ و همکاران (۱۳۷۵) برابر ۰/۹۱ گزارش شده است. تقوی (۱۳۸۰) پایایی پرسشنامه را از طریق سه روش دوباره‌سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. برای مطالعه روایی پرسشنامه سلامت عمومی از سه روش همزمان، همبستگی خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شده است. روایی همزمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس (M.H.Q) انجام شده که ضریب همبستگی ۰/۵۵ بود. ضرایب همبستگی بین خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود.

یافته‌ها

به منظور تعدیل تأثیر اجرای پیش‌آزمون بر نتایج پس‌آزمون، اثر نمرات پیش‌آزمون با تفاضل آن‌ها از روی نمرات پس‌آزمون و هر یک از زیرمقیاس‌ها محاسبه شد و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقی‌مانده با استفاده از آزمون t مقایسه شدند که نتایج آن در دو گروه

-
1. Connor-Davidson Resilience Scale
 2. General factor
 3. General Health Questionnaire

آزمایش و کنترل در جدول ۱ ارائه شده است. همان‌طور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات دو گروه کنترل و آزمایش معنادار است ($p < 0,05$). به عبارت دیگر آموزش تاب‌آوری بر سلامت عمومی و سه مؤلفه‌های آن (نشانه‌های جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی، اضطراب و بی‌خوابی) اثر معناداری دارد. بنابراین، با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده و با ۹۵٪ اطمینان و با لحاظ میانگین تعدیل شده، آموزش تاب‌آوری موجب افزایش سلامت عمومی دانش‌آموزان شده است. اما تفاوت میانگین نمرات افسردگی در دو گروه معنادار نیست ($P > 0,05$).



اثربخشی آموزش تاب‌آوری گروهی بر مؤلفه‌های سلامت عمومی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی ۶۳

جدول ۱: آزمون t برای مقایسه تفاوت میانگین سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های دو گروه آزمایش و کنترل

| سطح معناداری | درجه آزادی | مقدار t | SD | M | گروه | |
|--------------|------------|---------|-------|-------|-----------|--------------------------|
| ۰/۰۰۰۱ | ۲۸ | ۴/۱۸۷ | ۱۳ | ۴۶/۴۰ | پیش‌آزمون | سلامت عمومی |
| | | | ۱۰/۶۲ | ۲۴/۱۳ | پس‌آزمون | |
| | | | ۱۱/۸۹ | ۴۳/۷۳ | پیش‌آزمون | |
| | | | ۹/۵۰ | ۴۱ | پس‌آزمون | |
| ۰/۰۰۰۱ | ۲۸ | ۴/۶۹۳ | ۳/۹۶ | ۱۲/۸۰ | پیش‌آزمون | اضطراب و بی‌خوابی |
| | | | ۲/۸۱ | ۵/۹۳ | پس‌آزمون | |
| | | | ۴/۵۲ | ۱۰/۷۳ | پیش‌آزمون | |
| | | | ۳/۶۴ | ۹/۸۶ | پس‌آزمون | |
| ۰/۰۰۰۷ | ۲۸ | ۲/۹۲۱ | ۶/۲۷ | ۱۱/۸۶ | پیش‌آزمون | نشانه‌های جسمانی |
| | | | ۳/۷۰ | ۴/۱۳ | پس‌آزمون | |
| | | | ۵/۴۸ | ۱۱/۷۳ | پیش‌آزمون | |
| | | | ۲/۶۳ | ۱۳/۲۶ | پس‌آزمون | |
| ۰/۰۰۰۳ | ۲۸ | ۳/۲۶۱ | ۴/۱۳ | ۱۲/۷۳ | پیش‌آزمون | اختلال در عملکرد اجتماعی |
| | | | ۲/۲۱ | ۷/۲۶ | پس‌آزمون | |
| | | | ۳/۲۴ | ۱۱/۵۳ | پیش‌آزمون | |
| | | | ۳/۸۷ | ۱۲/۱۳ | پس‌آزمون | |
| ۰/۰۰۰۱ | ۲۸ | ۱/۱۰۴ | ۴/۰۳ | ۹ | پیش‌آزمون | افسردگی |
| | | | ۲/۷۹ | ۵/۴۰ | پس‌آزمون | |
| | | | ۳/۶۱ | ۹/۷۳ | پیش‌آزمون | |
| | | | ۴/۱۹ | ۷/۹۳ | پس‌آزمون | |

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این پژوهش بیان‌کننده افزایش معنادار سلامت عمومی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل پس از آموزش یک دوره ۱۰ جلسه‌ای است. میزان بهبود سلامت عمومی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی که آموزش تاب‌آوری گروهی را دریافت کردند در مقایسه با دانش‌آموزان دختر دبیرستانی که چنین آموزشی را دریافت نکردند حاکی از آن است که آموزش تاب‌آوری گروهی در افزایش سلامت عمومی دانش‌آموزان مؤثر بوده است.

در این پژوهش میزان کاهش اختلال در عملکرد اجتماعی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی که آموزش تاب‌آوری گروهی را دریافت کردند، در مقایسه با دانش‌آموزان دختر دبیرستانی که چنین آموزشی را دریافت نکردند، حاکی از آن است که آموزش تاب‌آوری گروهی در کاهش اختلال در عملکرد دانش‌آموزان مؤثر بوده است. این یافته با پژوهش باچانان و برینک^۱ (۱۹۹۸) مطابقت دارد مبنی بر اینکه ارتقاء احساس همدلی موجب بهبود عملکرد اجتماعی و رفع مشکلات عاطفی و رفتاری می‌شود. همان‌گونه که بیان شد یکی از مؤلفه‌های تاب‌آوری تقویت احساس همدلی است. آموزش تاب‌آوری باعث می‌شود که نوجوانان بتوانند احساس همدلی را در خود تقویت کنند و رابطه اجتماعی بهتری با همسالان خود برقرار کنند و بنابراین، ارتباط‌های اجتماعی و مهارت‌های عملکرد اجتماعی آن‌ها بهبود می‌یابد و بهتر قادر خواهند بود، زندگی خود را مدیریت و مهار کنند و بر مشکلات فائق آیند (نیومن و بلکلبرن، ۲۰۰۵؛ پاتل و گودمن^۲، ۲۰۰۷). از سوی دیگر، ورنر و اسمیت (۱۹۹۲) نیز در پژوهش خود نشان دادند که شکل‌دهی روابط مثبت می‌تواند عملکرد اجتماعی کودکان را افزایش دهد و این افزایش عملکرد حتی پس از پیگیری چندماهه نیز باقی می‌ماند. بنابراین، آموزش تاب‌آوری منجر به بهبود عملکرد اجتماعی می‌شود و افراد بعد از آموزش نه تنها سطوح فعالیت بیش‌تری را نشان می‌دهند، بلکه، عملکرد اجتماعی آن‌ها نیز بهتر می‌شود، از وقت خود بهترین استفاده را می‌کنند و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها افزایش می‌یابد (نیل و دیاس^۳، ۲۰۰۱). همچنین،

-
1. Buchanan & Brinke
 2. Patel & Goodman
 3. Neill & Dias

میکائیلی، گنجی و طالبی جویباری (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی نشان دادند که با افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی می‌توان میزان رضایت از زندگی و سلامت عمومی را در والدین مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری افزایش داد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، فردی که دارای تاب‌آوری است، مشارکت فعال و سازنده‌ای دارد. می‌توان گفت این مسئله همان توانمندی فردی در برقراری تعادل زیستی- روانی در شرایط پرخطر است (کانر و دیویدسون^۱، ۲۰۰۳) که چاره‌ساز و انعطاف‌پذیر بوده و خود را با محیط وفق می‌دهد و از این رو سازگاری موفق در زندگی را فراهم می‌کند.

همچنین، میزان کاهش اضطراب در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل حاکی از آن است که آموزش تاب‌آوری گروهی در کاهش اضطراب دانش‌آموزان مؤثر بوده است. چنانچه لاتار و سیچیتی^۲ (۲۰۰۰) در پژوهشی مؤلفه‌های تاب‌آوری را بررسی کردند و نشان دادند که عوامل تأثیرگذار بر افزایش تاب‌آوری عواملی هستند که می‌توانند تأثیر منفی عوامل خطرناک و آسیب‌رسان را به صورت مثبت تغییر دهند. بدین ترتیب تاب‌آوری از مهم‌ترین توانایی‌های انسان است که باعث سازگاری مؤثر با مشکلات می‌شود. بنابراین، ارتقاء تاب‌آوری عاملی است که می‌تواند منجر به انعطاف‌پذیری و مقابله مؤثر با عوامل و موقعیت‌های اضطراب‌آور شود. همچنین، پاتل و گودمن (۲۰۰۷) و ورنر و اسمیت (۱۹۹۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که فراگیری مؤلفه‌های تاب‌آوری به نوجوانان می‌تواند آن‌ها را در برابر عوامل آسیب‌رسان مانند اضطراب محافظت کند.

در این پژوهش میزان کاهش نشانه‌های بدنی در دانش‌آموزان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل نشان داد که آموزش تاب‌آوری گروهی در کاهش نشانه‌های بدنی دانش‌آموزان مؤثر بوده است. چنانچه جادکینز^۳ (۲۰۰۴)، سودرستروم^۴ و همکاران (۲۰۰۰) و بیسلی، تامپسون و دیویدسون^۵ (۲۰۰۳) نشان دادند که تاب‌آوری به‌طور مثبت با سلامت جسمانی و

-
1. Conner & Davidson
 2. Luthar & Cicchetti
 3. Judkins
 4. Soderstrom
 5. Beasley, Thompson & Davidson

نشانه‌های بدنی در ارتباط است و استین‌هارد^۱ و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی اثربخشی تاب‌آوری را در میان افراد آمریکایی آفریقایی تبار مبتلا به دیابت نوع ۲ را بررسی کردند. آن‌ها نشان دادند که نشانه‌های بدنی و سلامت جسمانی این افراد پس از مداخله آموزش تاب‌آوری افزایش یافته بود و همچنین وزن، میزان کلسترول و فشار خون این افراد نیز بهبود یافته بود. همچنین، نتایج یافته‌های کاوه و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که تاب‌آوری باعث ایجاد راهبردهای مقابله‌ای و سازوکارهای دفاعی بهتر در افراد می‌شود و به این طریق کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش می‌دهد. در این پژوهش آموزش مؤلفه‌های تاب‌آوری منجر به کاهش افسردگی دانش‌آموزان نشده است، شاید دلیل آن این باشد که در برنامه آموزشی تاب‌آوری به مؤلفه افسردگی کم‌تر توجه شد و همچنین افسردگی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش زیاد نبوده است. بنابراین، یافته‌های این پژوهش با یافته‌های لوبومرسکی^۲ و همکاران (۲۰۰۸)، سلیگمن^۳ و همکاران (۲۰۰۵، ۲۰۰۶) همسو نیست.

بنابراین، آموزش تاب‌آوری باعث می‌شود که افراد در مواجهه با نامالایمات و تغییرات زندگی موفق شوند. آن‌ها قادر به اداره کردن و شناختن محیط برای غلبه بر فشارهای زندگی و برآورده کردن ضروریات آن می‌شوند. آن‌ها قادر به سازگاری سریع و شناخت وضعیت، فهم روشن وقایع، برقراری ارتباط و عمل انعطاف‌پذیر می‌شوند. آن‌ها مهارت‌های حل مسئله را به خوبی می‌دانند، اعتماد به نفس بالایی دارند و بیش‌تر روی نقاط قوت خود متمرکز می‌شوند تا نقاط ضعف. تاب‌آوری نه تنها افزایش قدرت تحمل و سازگاری فرد در برخورد با مشکلات است، بلکه مهم‌تر از آن موجب حفظ سلامتی و ارتقاء آن می‌شود. تاب‌آوری به افراد توانایی می‌بخشد تا با مشکلات و نامالایمات مواجه شوند، بدون اینکه دچار آسیب شوند و این موقعیت‌ها را تبدیل به فرصتی برای رشد و ارتقاء شخصیت خود کنند.

با توجه به مطالب فوق و اینکه نوجوانان به دلیل چالش‌های مختلفی که با آن مواجه می‌شوند، بیش‌تر در معرض خطر هستند، به نظر می‌رسد که استفاده از آموزش تاب‌آوری گروهی در مدارس و کلیه مراکز آموزش و پرورش می‌تواند در افزایش سلامت عمومی

-
1. Steinhardt
 2. Lyubomirsky
 3. Seligman

اثر بخشی آموزش تاب‌آوری گروهی بر مؤلفه‌های سلامت عمومی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی ۶۷

دانش‌آموزان مؤثر باشد. امید است دست‌اندرکاران و متخصصان با به‌کارگیری نتایج این پژوهش، از شیوه‌های آموزش تاب‌آوری در کنار سایر شیوه‌های دیگر گام‌های مؤثرتری بردارند. از محدودیت‌های این پژوهش بررسی فقط یک پایه تحصیلی و فقدان پیگیری است که تعمیم‌پذیری این پژوهش باید با احتیاط صورت پذیرد و پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده در میان دانش‌آموزان دختر و پسر سایر پایه‌های تحصیلی و مقایسه عملکرد آن‌ها انجام شود.



منابع

- ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۰). ارتباط تاب‌آوری، استرس و خودکارآمدی با رضایت از زندگی در دانش‌آموزان دارای پیشرفت تحصیلی بالا و پایین. *مجله مطالعات روان‌شناختی*، دوره ۷، شماره ۳، ۱۵۲-۱۳۱.
- پالاهنگ، حسن، نصر اصفهانی، مهدی، براهنی، محمد نقی و شاه محمدی، داود (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در شهر کاشان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۲ (۴)، ۱۹-۲۷.
- تقوی، محمد رضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. *مجله روان‌شناسی*، ۵ (۴)، ۳۸۱-۳۹۸.
- خوشمرام، نجمه و گلزاری، محمود (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش افزایش عاطفه مثبت بر میزان رضایت زناشویی و سبک دلبستگی در دانشجویان متأهل. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۷ (۳)، ۲۹-۵۰.
- سامانی، سیامک، جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، اندیشه و رفتار*، ۵۰، ۲۹۰-۲۹۵.
- صفاری‌نیا، مجید، ترخان، مرتضی و مهرآبادی، فاطمه (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مصون‌سازی در مقابل استرس بر فرسودگی شغلی و تاب‌آوری کارکنان دانشگاه. *مجله مطالعات روان‌شناختی*، دوره ۱۰، شماره ۱، ۱۰۸-۸۹.
- کاوه، منیژه، علیزاده، حمید، دلاور، علی و برجعلی، احمد (۱۳۹۰). تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف. *فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی*، ۱۱ (۲)، ۱۴۰-۱۱۹.
- محمدی، مسعود (۱۳۸۴). *بررسی متغیرهای خانوادگی و فردی در افراد در معرض خطر سوء‌مصرف مواد*، رساله دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- میکائیلی، نیلوفر، گنجی، مسعود و طالبی جویباری، مسعود (۱۳۹۱). مقایسه تاب‌آوری رضایت از زناشویی و سلامت روان در والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۲ (۱)، ۱۳۷-۱۲۰.
- نینان، م و درایدن، دبلیو. (۱۳۹۲). کمک به شکل‌گیری تاب‌آوری رویکرد شناختی رفتاری.

ترجمه حسین پور و گلچین، تهران: ارجمند.

- Bartone, P.T., Hystad, S.W., Eid, J., & Brevik, J. I. (2012). Psychological hardiness and coping style as risk/resilience factors for alcohol abuse. *Military Medicine*, 177, 517–524.
- Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Peers and Individual Differences*, 34(1):77-95.
- Bonanno, G.A., & Mancini, A.D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 74–83.
- Bourne, B. (2004). *Resiliency: What we have learned*. Fourth edition. San Francisco: Wested.
- Buchanan, A., and Brinke, J.T. (1998). *Recovery from emotional and behavioral problems*. NHS Executive, Anglia and Oxford: University of Oxford.
- Conner, K.M., & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Davidson, R. J. (2000). "Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 55, 1196-1214
- Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell, J. (2009). *Well-being for Public Policy*. New York: Oxford University Press.
- Duerr, M. (2008). The use of meditation and Mindfulness practices of support Military care providers: *A prospectus*. 2, 28-39.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 14, 29-42.
- Goldberg, D.P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press: London.
- Hunter, A. J. and Chandler, G. E. (1999), Adolescent Resilience. *Journal of Nursing Scholarship*, 31, 243–247.
- Inzlicht, M, Aronson, J, Good, C & McKay, L, (2006). A particular resiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42, 323-336.
- Isen, A.S. (2003). *Positive affect as a source of human strength*. In G.L. Aspinwall and U.M. Stuedinger (Eds). *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washing, DC: American Psychological Association.
- Jacelon, C. S. (1997). The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 123-129.
- Judkins S. (2004). Stress among nurse managers: can anything help? *Nurse Researcher*, 12 (2), 58-70.
- Kruger, L. (2006). *Resilience enhancement Kit design*. University of Pretoria, 162-

193.

- Lee, J. E. C., Sudom, K. A., & Zamorski, M. A. (2013). Longitudinal Analysis of Psychological Resilience and Mental Health in Canadian Military Personnel Returning From Overseas Deployment Higher-order model of resilience in the Canadian Forces. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18, (3), 327–337
- Lemay, R., & Ghazal, H. (2001). Resilience and positive psychology: finding hope. *child and family*, 5 (1), 10-21.
- Luthar, S.S., and Cicchetti, D., Becker, B. (2000). ‘The construct of resilience: implications for interventions and social policies’, in *Development and Psychopathology*, 12, 857–85.
- Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R., Boehm, J. K., & Sheldon, K. M. (2008). *How and why do positive activities work to boost well-being?: An experimental longitudinal investigation of regularly practicing optimism and gratitude.* Manuscript under review.
- Maddi ,S.R & Khoshaba ,D.M. (2005). *Resilience at work.* AMA com, American management Association, 1601, Broadway, N.Y10019.
- Masten, A., Best, K. & Garmezy, N. (1990) Resilience and development. Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- 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.
- Newberger, C.M.,& Gremy, I.M. (2004). *Clinical and Institutional Interventions and Children's Resilience and Recovery from Sexual Abuse*, In: Clauss-Ehlers. CS and Weist, MD, eds, *Community Planning to Foster Resilience in Children*, Kluwer Academic Publishers, 197-215.
- Newman, R. (2003). Providing direction on the road to resilience. *Behavioral Health management*. 23 (4), 32-43.
- Newman, T., & Blackburn, S. (2002). Transitions in the lives of children and young people: resilience factors, Edinburgh: Scottish Executive Education Department.
- Patel, V., & Goodman, A. (2007). Researching protective and promotive factors in mental health. *International Journal of Epidemiology*, 36, 703-707.
- Reivich, K., Shatte', A., & Gillham, J. (2003). Penn resilience training for college students: Leader's guide and participant's guide. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania.
- Rhodewalt, F., Keller, H. (1998). Conceptions of ability, achievement goals, and individual differences in education: On the application of implicit theories. *Journal of Personality*, 62, 67–85.
- Rutter M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescence Health*; 14, 626-631.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T. E., & Parks, A. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774-788.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive

- psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Smith, R. (2002). *Research review: promoting children's emotional health, Bernardo's*. University of California, Riverside
- Soderstrom, M., Dolbier, C.L., Leiferman, J.A., & Steinhardt, M.A. (2000). The relationship of hardiness, coping strategies, and perceived stress to symptoms of illness. *Journal of Behavior Med.*; 23(3),311-328.
- Steinhardt, M.A. Mamerow, M.M. Brown, S.A. & Jolly, C.A. (2009). *A Resilience Intervention in African American Adults with Type 2 Diabetes: A Pilot Study of Efficacy*, the National Institute of Nursing Research awarded to The University of Texas at Austin School of Nursing (MAS) and NIHRO1AG20651 (CAJ).
- Tol, W.A., Song, S., & Jordans, M.J.D. (2013). Annual Research Review: Resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict – a systematic review of findings in low- and middle-income countries, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 11, 1-16.
- Vincent, E.C. (2007). *Gender Differences In Protective Factors Associated With Educational, Emotional And Dual Domain Resilience*, Doctor of Philosophy, Department of Counseling and Educational Psychology, Indiana University.
- Werner, E.E., and Smith, R.S. (1992). *Kauai's Children Come of Age*, Honolulu: University of Hawaii Press.
- Werner, E.E.(1995). Resilience in development. *Current Direction in psychological science*, 4, 81-85.