

اثربخشی آموزش برنامه تاب آوری بر علایم اضطراب در دانش آموزان تکانشور

سیف اله رحمانی^۱، شکوفه رمضانی^۲

^۱ گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان شهید مدرس سنندج، کردستان، ایران.

^۲ کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

نام نویسنده مسئول:

شکوفه رمضانی

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش برنامه تاب آوری بر سبک های مقابله با استرس دانش آموزان تکانشور بود. **روش:** این پژوهش به شیوه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش آموزان دبیرستان شهید غقاری شهر کامیاران را در سال ۹۵-۹۴ تشکیل می دادند که از میان آنها با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده، ۳۰ نفر از پسرانی که در پرسشنامه ی تکانشوری بارات (۱۹۹۴) نمره های بالایی داشتند انتخاب شده و به طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. شرکت کنندگان گروه آزمایش، آموزش تاب آوری را طی ۸ جلسه دریافت نمودند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه ی اضطراب بک استفاده شد. داده ها با روش آماری کورایانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته ها:** یافته ها نشان داد که فرضیه ی پژوهش مبنی بر تاثیر آموزش تاب آوری بر علایم اضطراب دانش آموزان تکانشور مورد تایید قرار گرفته است و دانش آموزان گروه آزمایش نسبت به دانش آموزان گروه کنترل در پس آزمون به طور معناداری، اضطراب کمتری داشتند شد. **نتیجه گیری:** بنابراین، می توان نتیجه گرفت که آموزش تاب آوری بر علایم اضطراب دانش آموزان تکانشور تاثیر معناداری دارد.

واژگان کلیدی: آموزش تاب آوری، علایم اضطراب، دانش آموزان تکانشور.

مقدمه

رفتارهای تکانشی گاه به عنوان رفتارهای مخاطره آمیز نیز خوانده می‌شوند که طیف وسیعی از اعمالی را شامل می‌شوند که روی آن تفکر کمی صورت گرفته، به صورت نابالغ با وقوع آنی، بدون توانایی در انجام تمرکز بر یک تکلیف خاص، در غیاب یک برنامه‌ریزی مناسب، رخ می‌دهند و از ریسک و خطرپذیری بالایی برخوردار هستند [۱]. یک تعریف جامع تکانشوری را می‌توان به صورت ترجیح پاداش‌های فوری، تمایل به ماجراجویی، جستجوی حس‌های نو، یافتن راه‌های ساده دستیابی به پاداش، عدم پشتکار و اصرار در انجام امور و همچنین زمان کوتاه واکنش فردی تبیین نمود [۲]. بنابر آنچه گفته شد گاه تکانشوری را معادل کاهش ارزش تعویقی تعریف می‌کنند، یعنی تمایل به انتخاب پاداش‌های کم ولی سریع، در برابر پاداش‌های بزرگتر ولی دیررس [۳].

مرور مطالعات انجام شده در مورد تکانشوری نشان می‌دهد که رفتارهای تکانشی هسته اصلی بسیاری از اختلال روانی از قبیل بیش فعالی/نقص توجه، اختلال سلوک، اختلال تکانه، سوءمصرف مواد، بولمپا، رفتار خودکشی‌گرا، اختلالات شخصیت و اختلالات یادگیری تشکیل می‌دهند [۴، ۵]. امروزه تکانشوری به صورت یک بعد شناختی، مفهوم پردازی می‌شود به این معنا که تکانشوری، با عدم بازداری شناختی، روند کند و ناقص تصمیم‌گیری بی‌ثباتی هیجانی در افراد همراه است [۶]. تکانشوری مربوط به بیش فعالی تا بزرگسالی ادامه پیدا خواهد کرد و خطر ابتلا به آسیب‌های روانشناختی مانند قمار (کراپ برونس^۱ و همکاران، ۲۰۱۱)، سوء مصرف مواد (وردج، گارسیا، لاورنس و کلارک^۲، ۲۰۰۸)، مهارت‌های ارتباطی ضعیف را افزایش می‌دهد [۹].

بنابراین رفتارهای تکانشوری پیامدهای روانشناختی برای افراد دارد که از آن جمله می‌توان منجر به افزایش اضطراب می‌شود. شناخت تکانشوری، اثرات، تنظیم و اداره آن می‌تواند تا حد زیادی بر تسلط دانش‌آموز بر رفتار و داشتن تصمیماتی روشن‌تر و قابل قبول‌تر مؤثر باشد و در نهایت سلامت و موفقیت را در دانش‌آموزان به ارمغان آورد. تکانشوری با زندگی، دشواری در انجام امور و ناتمام رها کردن آن‌ها، ایجاد دردسر برای خود و دیگران و پرخاش به دیگران مشخص می‌شود [۱۰].

با توجه به پیامدهای جسمانی، روانی و اجتماعی تکانشوری دانش‌آموزان، انجام مداخله‌های درمانی و آموزشی مؤثر جهت کاهش و تخفیف این مشکلات بسیار حائز اهمیت است. کاهش تکانشوری در دانش‌آموزان می‌تواند باعث کاهش خطر بزهکاری، مدرسه‌گریزی، فرار از خانه و کاهش عدم مسئولیت‌پذیری و افزایش سبک‌های مقابله با استرس گردد. تحقیقات نشان دادند که عدم تاب‌آوری می‌تواند در بروز رفتارهای تکانشوری زودهنگام در افراد مؤثر باشد [۹]. کودکانی که دارای سطوح بالایی از تکانشگری و عدم توجه می‌باشند تمایل بیشتری نسبت به رفتارهای پرخاشگرانه و نافرمانی مقابله‌ای دارند (۱۱) بنابراین، با توجه به این که در بین رفتارهای برون‌سازی شده، بین علایم فزون کنشی/کمبود توجه، پرخاشگری و رفتارهای نافرمانی مقابله‌ای سطوح بالایی از همپوشانی وجود دارد [۱۲] از سوی دیگر با توجه به یافته‌های تحقیقات پیشین مبنی بر این امر که اضطراب و افسردگی در دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری به رفتارهای برون‌ریزی منجر می‌شود [۱۳] از این رو در این تحقیق به پرخاشگری و بیش‌فعالی بعنوان رفتارهای برون‌سازی شده و اضطراب پرداخته شد. مشکلات رفتاری برون‌سازی شده در کودکی با انواع اثرات بلند مدت منفی در نوجوانی و بزرگسالی چون؛ افزایش احتمال مشروب‌خواری افراطی [۱۴] مصرف الکل و ماری‌جوانا [۱۵] شایستگی تحصیلی کمتر [۱۶] بیکاری بلند مدت [۱۷]، سوء مصرف مواد مخدر [۱۸]، کاهش احساس امنیت روابط عاشقانه مرتبط می‌باشد [۱۹]. از این رو پژوهشگران در صدد یافتن روشی مناسب جهت درمان اختلال‌های تشخیص داده شده در این کودکان و پیشگیری از مشکلات احتمالی آنها در دوران نوجوانی و بزرگسالی برآمده‌اند. یکی از آموزش‌هایی که به نظر می‌رسد در این زمینه کاهش رفتارهای تکانشوری مؤثر باشد آموزش تاب‌آوری می‌باشد. تاب‌آوری^۳، قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی و معنوی، در مقابل شرایط مخاطره‌آمیز و نوعی ترمیم خود، دارای خوش‌بینی و انعطاف‌پذیری فکری، ماهر در تبدیل مشکلات به عنوان فرصتی برای یادگیری و رشد، دارای پشتکار و عزت نفس، دارای شبکه حمایتی سالم، توانایی رشد قابلیت‌های عاطفی و فراطبیعی، دارای استقلال رای، حس خوش طبعی و دارای توانایی حل مشکلات و حل تعارضات می‌باشند [۲۰]. امی ورنر^۴ یکی از اولین دانشمندانی بود که در دهه ۱۹۷۰ از اصطلاح تاب‌آوری استفاده کرده است. تاب‌آوری یکی از موضوعاتی مطالعه شده به وسیله روان‌شناسی مثبت‌نگر^۵ است. روان‌شناسی مثبت‌نگر^۶ در اواخر دهه ۱۹۹۰ برپا شده است و تمرکز آن بیشتر بر قدرت‌ها و توانایی‌های فرد است تا جستجو در ضعف‌ها و نقص‌های فرد [۲۱]

^۱ Kravl Brunc^۲ Vurdj, Garsia, Larens & Clark^۳ resiliency^۴ Emmy Werner^۵ positive psychology^۶ positive psychology

برنامه آموزش تاب آوری برگرفته از برنامه هندرسون و میلستن^۱ (۱۹۹۷) است که در سال جهت ایجاد مدارس امن در ایالت متحده آمریکا به اجرا درآمده است در این برنامه استفاده از راهبردهای کنارآمدن مؤثر مانند راهبردهای فعال، جست و جوی حمایت اجتماعی، خود دلگرم سازی و افکار مثبت را در بین افراد افزایش و راهبردهای کنارآمدن منفی مانند واکنش های افسردگی، راهبردهای منفعلانه و اجتنابی را کاهش دهد و باعث کاهش افسردگی در افراد می شود [۲۲]. همچنین آموزش تاب آوری باعث افزایش راهبردهای مقابله ای مؤثرتر، افزایش عوامل حفاظتی مانند عواطف مثبت و اعتماد به نفس و خودرهبری، کاهش عواطف منفی، استرس و افسردگی می شود [۲۳].

اگرچه تاب آوری تا حدی تابع ویژگی های شخصی است اما تابع تجربه های محیطی افراد نیز می باشد. لذا انسان ها قربانی مطلق محیط و وراثت نیستند و می توان واکنش افراد را در مقابل استرس، رویدادهای ناخوشایند و دشواری ها تغییر داد؛ به طوری که بتوانند بر مشکلات و تاثیر منفی محیطی غلبه کنند [۲۴]. از این رو، می توان از طریق آموزش، آن را ارتقاء داد و به افراد کمک کرد تا با رویدادها و واقعیت های ناخوشایند زندگی به گونه ای مثبت و کارآمد رویارو شوند [۲۵].

پژوهش های مختلف نشان دادند که برنامه آموزشی تاب آوری بر کاهش علائم اضطراب در نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی مادرزاد [۲۶]. بر علائم افسردگی، اضطراب، استرس، نگرش های ناکارآمد و خوشبینی [۲۷]، سلامت روان [۲۸]، بهزیستی روانشناختی [۲۸، ۲۹، ۳۰]، افزایش سطح کیفیت زندگی [۳۰]، کاهش افسردگی [۳۱]، افزایش احساسات مثبت و افزایش تاب آوری [۶] بهزیستی روانشناختی [۳۲]، همچنین کاهش خشم، افسردگی و افزایش عزت نفس دانش آموزان [۳۳]، افزایش راهبردهای مقابله ای مؤثرتر، افزایش عوامل حفاظتی مانند عواطف مثبت، اعتماد به نفس و خودرهبری و کاهش عواطف منفی، استرس و افسردگی [۲۳]، افزایش کنترل تکانه های خشم و پرخاشگری، کاهش رفتارهای وابسته به خشم و کاهش خشونت خانوادگی [۳۴، ۳۵]، سلامت روان و بهبود روابط بین فردی [۳۶]. فابس و همکارانش در پژوهشی به تعیین اثر بخشی آموزش تاب آوری و مدیریت استرس بر اضطراب دانشجویان پرداختند، نتایج حاکی از تأثیر آموزش تاب آوری و مدیریت استرس بر کاهش اضطراب دانشجویان بود [۲۱]. در مطالعات پیش گفته نشان داده شد که درمان شناختی رفتاری و آموزش تاب آوری در درمان اضطراب مؤثر است اما مطالعه ای که به تعیین اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش علائم اضطراب در دانش آموزان تکانشور پردازد، وجود ندارد

با توجه به پژوهش های انجام گرفته و با در نظر گرفتن پیامدهای منفی جسمانی، روانی و اجتماعی ناشی از تکانشوری، پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی آموزش تاب آوری بر علائم اضطراب دانش آموزان تکانشور اجرا شد.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری شامل تمامی دانش آموزان پسر پایه های هفتم، هشتم و نهم مبتلا به تکانشوری شهرستان کامیاران در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ است که از بین آنها نمونه ای با حجم ۱۸۴ نفر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای، انتخاب شدند به این ترتیب که، ابتدا از میان مدارس موجود ۲ مدرسه و از هر مدرسه ۳ کلاس به صورت تصادفی انتخاب شدند و تمام اعضای آن کلاس با استفاده از مقیاس تکانشوری بارت که توسط مشاور مدرسه تکمیل شد مورد شناسایی و غربالگری قرار گرفتند و در نهایت ۶۰ نفر که ملاک های ورد شامل عدم مشکل یا معلولیت جسمانی که عملکرد دانش آموزان را دچار مشکل سازد به روش تصادفی ساده انتخاب شدند و به روش تصادفی در گروه های آزمایشی و گواه گماره شدند (برای هر گروه ۱۵ نفر). برای جمع آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس تکانشوری: مقیاس تکانشوری توسط بارات (۱۹۹۴) ساخته شده است. این مقیاس ۱ مقیاس تکانشوری ۳۰ آیتم دارد و آزمودنی ها به این آیتم ها به صورت چهار درجه ای (هرگز، گاهگاه، اغلب، تقریباً و همیشه) پاسخ می دهد [۳۷] و سه خرده مقیاس بی برنامه گی، تکانشوری حرکتی، تکانشوری شناختی را اندازه گیری می کند و نمره هر فرد براساس نمره سه خرده مقیاس و یک نمره کا محاسبه می شود. در یک تحقیق داخلی ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ گزارش کرد. [۳۸]

پرسشنامه اضطراب بک: پرسش نامه اضطراب را بک^۲ معرفی کرد که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می سنجد. پرسش نامه اضطراب بک، یک پرسش نامه خودگزارشی است که برای اندازه گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده ای است که گزینه ۱ صفر نمره، گزینه ۲ یک نمره، گزینه ۳ دو نمره، گزینه ۴ سه نمره، می گیرد.

^۱ Handersoon, Milesteen

^۲ Beck

در صورتی که نمره بین ۶-۷ باشد هیچ اضطرابی وجود ندارد. اگر بین ۸-۱۵ باشد اضطراب خفیف وجود دارد. اگر بین ۱۰-۲۵ باشد اضطراب متوسط وجود دارد و اگر بین ۲۰-۳۰ باشد نشان دهنده اضطراب شدید می باشد. کاپوانی و همکارانش روایی این پرسش نامه را ۷۲٪ و پایایی آن را ۸۳٪ به دست آورده اند [۳۹].

جدول شماره ۱. خلاصه جلسات تاب آوری

جلسه اول	پیش‌آزمون- ارائه رهنمودهایی برای مشارکت اعضا و تشریح چگونگی انجام کار ۱- معرفی پژوهشگر ۲- معرفی اعضا توضیح خطوط کلی جلسات برای اعضا.
جلسه دوم	آشنایی با چهارچوب کلی بحث: تعریف تاب آوری، معرفی خصوصیات افراد تاب‌آور: ۱- شادی ۲- خرمندی و بینش ۳- شوخ‌طبعی ۴- همدلی ۵- کفایت‌های عقلانی ۶- هدفمندی در زندگی ۷- ثبات قدم راهکار: شناخت موقعیت‌های ناخوشایند زندگی و افزایش سازگاری و تحمل در حیطه فردی.
جلسه سوم	هدف: آشنایی با عوامل حمایتی داخلی: ۱- مفهوم خوش‌بینی ۲- عزت نفس ۳- منبع کنترل راهکار: شناخت استعدادها و علایق و تأکید بر آنها و تمایل به استفاده از آنها.
جلسه چهارم	آشنایی با عوامل حمایتی خارجی ۱- سیستم حمایتی اجتماعی ۲- مسئولیت‌پذیری فردی و پذیرش نقش‌های معنی‌دار راهکار: احساس تعلق داشتن و با ارزش بودن و تمایل به مشارکت کردن
جلسه پنجم	مرور مطالب جلسه چهارم: آشنایی با راه‌های ایجاد تاب‌آوری رقرای و حفظ ارتباطی با دیگران چهارچوب دادن به استرس‌ها پذیرفتن تغییر بیان خلاصه و جمع بندی مطالب.
جلسه ششم	مرور مطالب جلسه پنجم، ادامه راه‌های ایجاد تاب‌آوری هدفمندی و امید داشتن نسبت به آینده. عمل کردن. بیان خلاصه و جمع بندی مطالب.
جلسه هفتم	هدف: ادامه راه‌های ایجاد تاب‌آوری خودآگاهی پرورش اعتماد به نفس. بیان خلاصه و جمع بندی مطالب.
جلسه هشتم	راه‌های ایجاد تاب‌آوری خودمراقبتی
جلسه نهم	بیان خلاصه و جمع بندی مطالب. اجرای پس‌آزمون و تشکر از اعضای گروه برای شرکت در کارگاه آموزش تاب آوری.

روش جمع آوری داده ها

در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، پس از اخذ مجوز از آموزش و پرورش شهرستان کامیاران مبنی بر اجرای طرح، از میان مدارس پسرانه، مدرسه‌ی شهید غفاری به صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شد. ابتدا دانش آموزان پرسشنامه تکانشوری را پر کردند و از بین آنها ۳۰ نفر از دانش آموزانی که نمرات بیشتری کسب کرده بودند برای اجرای پژوهش انتخاب شدند، سپس علایم اضطراب برای به دست آوردن نمرات پیش‌آزمون، قبل از اجرای متغیر مداخله‌ای (جلسات آموزش برنامه تاب‌آوری) بر روی آزمودنی‌های گروه کنترل و آزمایش در حضور پژوهشگر به اجرا درآمد. سپس جلسات آموزش برنامه تاب آوری بر اساس یک طرح از پیش تعیین شده به مدت ۸ جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا گردید؛ گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات آموزشی، هر دو گروه برای به دست آمدن نمرات پس‌آزمون، مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای جلوگیری از افت آزمونی‌ها، مشاورین مدرسه در مورد اهمیت و ضرورت برنامه تاب آوری برای دانش آموزان صحبت کردند و همچنین در طی جلسه‌ای که با اولیاء دانش آموزان برگزار شد در مورد اهمیت درمان برای فرزندان‌شان صحبت شد و با تشویق دانش آموزان توسط مشاورین و والدین و ایجاد فضای مناسب در گروه از افت آزمودنی‌ها جلوگیری شد.

یافته‌ها

در این بخش به ارائه یافته‌های توصیفی و استنباطی پژوهش پرداخته می‌شود

جدول ۲: آماره‌های توصیفی علایم اضطراب دانش آموزان تکانشور

مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶۲/۴۴	۸/۷۸	۱۵
	کنترل	۱۴۰/۱۱	۹/۱۶	۱۵
	آزمایش	۱۴۱/۶۶	۹/۶۰	۱۵

پس آزمون	کنترل	۱۳۸/۸۷	۷/۳۹	۱۵
----------	-------	--------	------	----

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، میانگین و انحراف معیار علائم اضطراب دانش آموزان تکانشور گروه آزمایش در مرحله ی پیش آزمون به ترتیب برابر با ۱۶۲/۴۴ و ۸/۷۸ و میانگین و انحراف معیار علائم اضطراب دانش آموزان تکانشور گروه کنترل در مرحله ی پیش آزمون به ترتیب برابر با ۱۴۰/۱۱ و ۹/۱۶ می باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار علائم اضطراب دانش آموزان تکانشور گروه آزمایش در مرحله ی پس آزمون به ترتیب برابر با ۱۴۱/۶۶ و ۹/۶۰ و میانگین و انحراف معیار علائم اضطراب دانش آموزان تکانشور گروه کنترل در مرحله ی پس آزمون به ترتیب برابر با ۱۳۸/۸۷ و ۷/۳۹ می باشد.

برای آزمون فرضیه از تجزیه و تحلیل کواریانس استفاده شد. در تجزیه و تحلیل کواریانس رعایت بعضی مفروضه ها از قبیل همسانی ماتریس های واریانس-کواریانس و همگنی واریانس های خطا، الزامی است. در این پژوهش نیز ابتدا به بررسی این مفروضه ها پرداخته شد. نتایج آزمون باکس جهت بررسی مفروضه ی همسانی ماتریس های واریانس-کواریانس ($F=۱/۵۱, P>۰/۰۵$)، نتایج آزمون لوین جهت بررسی مفروضه ی همگنی واریانس های خطا برای علائم اضطراب ($F=۰/۶۲, P>۰/۰۵$) همگی نشانگر برقرار بودن این مفروضه ها بودند. بنابراین، از تجزیه و تحلیل کواریانس منظور مقایسه ی میانگین علائم اضطراب در پیش آزمون و پس آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در پس آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۳: تجزیه و تحلیل کواریانس برای مقایسه ی میانگین نمره علائم پرخاشگری در پس آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر
پیش آزمون	۴۱۰۷/۷۳۰	۱	۴۱۰۷/۷۳۰	۴۷۵/۳۶۲	۰/۰۰۱	۰/۹۴۳
گروه	۳۷۹/۱۰۴	۱	۳۷۹/۱۰۴	۳۵/۸۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۰۸

با توجه به نتایج جدول ۳ ($F=۳۵/۸۱۹, P<۰/۰۱$)، پس از تعدیل نمره های پیش آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین، فرضیه ی پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش تاب آوری بر کاهش علائم اضطراب دانش آموزان تکانشور و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان علائم اضطراب در پس آزمون مورد تأیید قرار می گیرد. دانش آموزان تکانشور گروه آزمایش در مرحله ی پس آزمون از اضطراب کمتری برخوردار بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش تاب آوری بر علایم اضطراب در دانش آموزان تکانشور بود. یافته های پژوهش حاضر با یافته های پژوهش های مومومنی، جلیلی، محسنی، کرمی، سعیدی و احمدی (۱۳۹۴). خانجانی، شهیدی، فتح آبادی، شکری، مظاهری و رحیمی نژاد (۱۳۹۴)، احمدی، شریفی درآمدی (۱۳۹۳)، دوستی، پورمحمدرضایی تجربی، غباری بناب، (۱۳۹۳)؛ علیزاده و همکاران، (۱۳۹۲) احمدی، شریفی درآمدی، (۱۳۹۳)، کاوه و همکاران، (۱۳۹۰)، جیل و همکاران، (۲۰۱۵)، لی و همکاران (۲۰۱۴)، کداس میترا، (۲۰۱۰)، ویتلی و همکاران، (۲۰۰۹)، استینهارد و دالیر، (۲۰۰۸)، همسو می باشد. [۲۷،۲۸،۲۹،۳۰،۳۱،۳۳،۳۴،۴۰،۴۱].

در تبیین یافته های می توان گفت، طبق دیدگاه بک، سبب شناسی اضطراب را باید در رویدادهای ذهنی آشفته جست و جو نمود. از نظر وی ماهیت اضطراب عبارت است از ارزیابی های از دست دادن، تهدید و تجاوز؛ اگر این افکار تغییر کنند، اضطراب نیز تغییر خواهد کرد. در مدل شناختی اضطراب بک نظر بر آن است که آن چه فرد را آماده می سازد که طیف وسیعی از موقعیت ها را تهدید کننده تعبیر کند، اعتقاد آن ها درباره خویش و جهان خارجی است. اعتقادات و یا فرض های ناکارآمد در اضطراب، کاملاً متنوع اند اما اکثر آن ها بر حول موضوع های پذیرش، کفایت، مسئولیت، کنترل و خود نشانه های اضطراب، دور می زند. وقتی اضطراب در فرد شکل گرفت، تغییرات حاصل در توجه و رفتار، به تداوم مسئله کمک می کند در آموزش تاب آوری مؤلفه هایی مانند مسئولیت پذیری، مدیریت اضطراب، خودکارآمدی، اعتماد به نفس و عزت نفس اثر خنثی کننده ای بر اضطراب دارند. در رویکرد شناختی افکار منفی، عامل سبب ساز اضطراب هستند و هنگامی که فکر فرد مضطرب اصلاح گردد به دنبال آن رفتار فرد اصلاح می گردد و اضطراب از میان می رود. فرد مضطرب تواناییها و ارزش نهادن به توانایی های خود را نادیده می گیرد، اعتماد به نفس و عزت نفس دو مؤلفه مدنظر در تاب آوری به فرد کمک می کند تا با فکر و نگاهی مثبت به خود بنگرد، خود را کنترل کند و اضطراب برطرف شود.

گرچه فشار روانی و اضطراب به عنوان یکی از مهمترین عوامل پیدایش و شکل گیری بیماری ها و نیز مرگ و میر افراد مطرح بوده است. اما مسئله ی مهم در ارتباط با تنیدگی، نحوه ی پاسخ و یا واکنش به آن است که میتواند در سازگاری فرد نقش بسزایی ایفا نماید. تاب آوری به عنوان اطمینان فرد از توانایی هایش برای مقابله با فشار روانی، اضطراب، احترام به خود، ثبات عاطفی و ویژگیهای فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می دهد، تعریف شده است [۴۲]. افرادی که دارای تاب آوری هستند، اغلب با ایجاد هیجانات مثبت پس از رویارویی با عوامل فشارزا، به حالت طبیعی باز میگردند. افراد تاب آور بدون اینکه سلامت روان شان کاهش یابد و دچار بیماری روانی شوند، رویدادهای فشارزا را پشت سر میگذارند، همچنین به نظر میرسد در بعضی موارد با وجود تجارب سختشان پیشرفت نیز کرده و کامیاب شده اند [۴۳]. به نظر می رسد آموزش تاب آوری انعطاف پذیری فرد را افزایش می دهد. این ویژگی باعث افزایش سازگاری افراد با شرایط مختلف میگردد. افراد با تاب آوری بالا در مقابل رویدادهای استرس زا با خوشبینی، ابراز وجود و اعتماد بنفس بیشتری برخورد میکنند. در نتیجه این رویدادها را قابل کنترل میدانند. نگرش خوش بینانه پردازش اطلاعات را موثرتر میکند و فرد راهبردها مقابله فعالتری را به کار میگیرد و توان کنار آمدن با شرایط، تقویت می شود. فردی که دارای تاب آوری است، چاره ساز و انعطاف پذیر بوده، مطابق تغییرات محیطی خود را وفق میدهد و بعد از بر طرف شدن عوامل فشارزا به سرعت به حالت بهبود باز می گردد [۴۴]. بنابراین می توان ادعا کرد که آموزش تاب آوری منجر به کاهش علایم اضطراب و فشار روانی در دانش آموزان تکانشور می شود. از جمله محدودیت های پژوهش مربوط به جامعه آماری آن می باشد که فقط دانش آموزان پسر را شامل می شد بنابراین، پیشنهاد می شود این درمان بر دانش آموزان دختر نیز اجرا گردد.

منابع و مراجع

- [1] Waxman, S. E. (2011). A Systematic Review of Impulsivity in Eating Disorders. *Impulsivity in Eating Disorders, Rev*, 17(3), 408-425.
- [2] McCown, W. G. Johnson, J. L. & Shure, M. B. (1994). *The impulsive client: Theory, research and treatment*. New York: American Psychological Association.
- [3] Richards, J. B. Mitchell, S. H. de Wit, H. Seiden, L. S. (1997). Determination of discount functions in rats with an adjusting-amount procedure. *Journal of the Experimental Analysis Behavior*, 67, 353- 366.
- [4] Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L.(2006). "Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking". *Addictive Behaviors*, 32(1), 90-8
- [5] Fossati, A., Barratt, E., S., Borroni, S., Villa, D., Grazioli, F., & Maffei, C.(2007b). "Impulsivity, aggressiveness, and DSM-IV personality disorders". *Psychiatry Research*, 15;149(1-3), 157-67.
- [6] Ray Li, C., S., Chen, S., H., Lin, W., H., & Yang, Y., Y.(2009). "Attentional blink in adolescents with varying levels of impulsivity". *Journal of Psychiatric Research*, 39(2), 197-205.
- [7] Cral, L. Nancy, W. Judy, R. Jane, K, Youngae, I. Neenan, n, (2011). Across Cultural family resiliency in hemodialysis patients. *Journal of trans Cultural nursing*, 1(13), 134-157.
- [8] Dyess SM, Prestia AS, Smith MC. (2015). Support for caring and resiliency among successful nurse leaders. *Nurs Adm Q*;39:104-16.
- [9] Allen, R., Cox, J., & Cooper, N. (2006). The impact of a summer day camp on the resilience of disadvantaged youths. *Journal of physical Education, Recreation & Dance* , 77(1): 17-23.
- [10] پورکرد، مهدی، ابوالقاسمی، عباس، نریمانی، محمد، رضایی جمالویی، حسن (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی مستقیم و غیرمستقیم خودکارآمدی، تکانشوری، فعال سازی-بازداری رفتاری و مهارت های اجتماعی بر سوء مصرف مواد در دانش آموزان. فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد، ۲۳(۷): ۱۱-۲۷.
- [11] Lahey B, Rathouz P, Van Hulle C, Urbano R, Krueger R, Applegate B, et al. Testing structural models of DSM-IV symptoms of common forms of child and adolescent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2008; 36(2): 187-206.
- [12] Rommelse NNJ, Altink ME, Fliers EA, Martin NC, Buschgens CJM, Hartman CA, et al. Comorbid problems in ADHD: Degree of association, shared endophenotypes, and formation of distinct subtypes. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2009; 37(6): 793-804.
- [13] Stormont M, Lewis TJ, Smith SC. Behavior Support Strategies in Early Childhood Settings Teachers' Importance and Feasibility Ratings. *Journal of Positive Behavior Interventions*. 2005; 7(3), 131-139.
- [14] Englund MM, Egeland B, Oliva EM, Collins WA. Childhood and adolescent predictors of heavy drinking and alcohol use disorders in early adulthood: a longitudinal developmental analysis. *Addiction*. 2008; 103(s1): 23-35.
- [15] Englund MM, Siebenbruner J. Developmental pathways linking externalizing symptoms, internalizing symptoms, and academic competence to adolescent substance use. *Journal of adolescence*. 2012; 35(5), 1123-1140.
- [16] Masten AS, Roisman GI, Long JD, Burt KB, Obradović J, Riley JR, Tellegen A. Developmental cascades: linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years. *Developmental psychology*. 2005; 41(5): 733-8.
- [17] Wiesner M, Vondracek FW, Capaldi DM, Porfeli E. Childhood and adolescent predictors of early adult career pathways. *Journal of Vocational Behavior*. 2003; 63(3): 305-328.
- [18] Korhonen T, Latvala A, Dick DM, Pulkkinen L, Rose RJ, Kaprio J, Huizink AC. Genetic and environmental influences underlying externalizing behaviors, cigarette smoking and illicit drug use across adolescence. *Behavior genetics*. 2012; 42(4): 614-625.

- [19] Dadsetan P, Ghanbari S, Heydari M. The effectiveness of behavioral parent training on reducing Externalizing problems in 7 to 9 years old Children. *Journal of Psychology*.2014; 17 (4): 401-419. (Persian)
- [20] Kordichhall, D. Pearson, J. (2005). Resilience Giving children the skills to bounce back. *Journal Edu Health*, 1(5), 23-125.
- [21] Neenan, N. J. (2009). Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as “all-bad”? *Journal of Experimental Criminology* . 32(4): 1507-1518.
- [22] Steensma, H., Heijer, M.D & Stallen, V (2007). Effects of resilience training on the reduction of stress and depression among dutch workers. *Quality of community health education*, 27(2), 145-159.
- [23] Steinhardt, M. Dolbeir, C. (2008) Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factor and decrease symptomatology. *Journal American Coll Health*. 56: 445-53.
- [24] 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 Intellect Disabil*, 1(13), 43-51.
- [25] Oconnor M, Batcheller J. The resilient nurse leader reinvention after experiencing job loss. *Nurs Adm Q*2015;39:123-31
- [۲۶] خدامراد مؤمنی، زهرا جلیلی رجاء، مزگان سعیدی، جهانگیر کرمی، محسنی سید مجتبی احمدی. اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش عالیم اضطراب نوجوانان مبتال به بیماری قلبی، مجله تحقیقات بالینی درعلوم پیراپزشکی، ۱۳۹۴(۲)۴
- [۲۷] شهریار شهیدی، مهدی خانجانی، امید شکری، جلیل فتح آبادی، سید پیمان رحیمی نژاد، حمدعلی مظاهری. اثربخشی برنامه تاب آور بینسیلوانیا بر علایم افسردگی، اضطراب، استرس، نگرش های ناکارآمد و خوشبینی دانشجویان. فصلنامه روانشناسی کاربردی، سال ۱، شماره ۳(۹۶)، زمستان ۹۹۱۳، ۹۱-۹۹
- [۲۸] احمدی، رضا، شریفی درآمدی، پرویز. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری بر سلامت روان افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی کانون توسکای شهر تهران، فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۱۶(۴): ۷۸-۸۹.
- [۲۹] دوستی، مرضیه، پورمحمدرضای تجربی، معصومه، غباری بناب، باقر (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تاب آوری بر سبک های مقابله با استرس دختران خیابانی دارای اختلال برون سازی شده. مجله روانشناسی تحولی، روان شناسان ایرانی. ۱۱(۴۱): ۳۷-۲۵.
- [۳۰] کاوه، منیژه، علیزاده، حمید، دلاور، علی، برجعلی، احمد. (۱۳۹۰). تدوین برنامه افزایش تاب آوری در برابر استرس و تاثیر آموزش آن بر مولفه های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم توان ذهنی خفیف. فصلنامه کودکان استثنایی. ۱۱(۲): ۱۱۹-۱۴۰.
- [31] Jill R. Johnson, Henry C. Emmons, Rachael L. Rivard, Kristen H. Griffin, Jeffery A. Dusek. (2015). Resilience Training: A Pilot Study of a Mindfulness-Based Program with Depressed Healthcare Professionals. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*, Volume 11, Issue 6, November-December, Pages 433-444.
- [32] Akdas Mitrani, A. T. (2010). Outcome of anger management training program in a sample of undergraduate student. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 339-344.
- [33] Wheatley A., Murrihy, R., VanKessel, J., Wuthrich, V., Remond, L., Tuqiri, R. & et al. (2009). Aggression management training for youth in behaviour Schools: A quasi-experimental study. *Youth Studies Australia*, 28(1), 29-36.
- [34] Breslin, J. H. (2005). Effectiveness of a rural anger management program in preventing domestic violence recidivism. *PHD Dissertation*. Capella University.
- [35] Macvaugh, G. S. (2004). Outcomes of Court Intervention and Diversionary Programs for Domestically Violent Offenders. *Antioch New England Graduate School*.
- [36] Farlane, M.K, Carol, L (2000). Resilience thetapy a granintervention program to promote the psychological wellness of adolescents at risk uni south Africa. 22: 82-88.
- [۳۷] بشارت، محمد علی، صالحی، مریم، شاه محمدی، خدیجه، نادعلی، حسین، زبردست، عذرا (۱۳۸۷). رابطه تاب آوری و سخت کوشی با موفقیت ورزشی و سلامت روانی در ورزشکان. مجله روان شناسی معاصر، ۳(۲): ۳۸-۴۱.

- [۳۸] اکبری، بهمن، ثقفی، طویی، محمدزاده، مهدیه (۱۳۹۴). تأثیر آموزش گروهی شناختی - رفتاری بر میزان پرخاشگری و هیجان خواهی رزمی کاران زن شهرستان آمل، مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۶(۲): ۶۹-۷۶.
- [39] Beck Anxiety Inventory (BAI). Tehran Univ Med J 2008; 65(2): 136- 140.
- [40] Peng Li, Min, Li, Xin Zuo, Yi Miao, Long Chen, Yongju Yu, Botao Liu, Tao Wang (2014), Application of the Pennsylvania resilience training program on medical students. Journal Personality and Individual Differences, 61-062: 47-51.
- [41] Burns RA, Anstey JK. (2010). The connor-davidson resilience scale (CD-RISC): Testing the invariance of unidimensional resilience measure that is independent of positive and negative effect. Pers Indiv Diff; 48:527-31.
- [42] Pinquart, M. (2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and Psychological distress. Journal of applied Developmental Psychology, 30, 53-60.
- [43] Waugh, C. E. Fredrickson, B. L. & Taylor, S. F. (2008). Adapting to life's slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. Journal of Research in Personality, 42, 1031-1046
- [44] Engram, N. Hatman, F & Morges, N. (1999). Adolescents Resilience, family adversity and wellbeing among Hawaiian and non-Hawaiian adolescents. International Journal of Social Psychiatry, 52; 291-315.