

## اثربخشی آموزش تاب آوری روانی بر کاهش افکار خودکشی، آشفتگی روانی و آشفتگی فکری دانش آموزان دختر کنکوری

ادیبه محمدی<sup>۱</sup>، عبد الوهاب محمدی<sup>۲</sup>، مریم السادات سپیده دم<sup>۳</sup>، ستار محمدی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی تهران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> کارشناسی مددکاری دانشگاه پیام نور مرکز مهاباد

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه

<sup>۴</sup> کارشناس آموزش ابتدایی، دانشگاه تربیت معلم کرمانشاه

### چکیده

هدف از این پژوهش، اثربخشی آموزش تاب آوری روانی بر آشفتگی فکری، آشفتگی روانی و افکار خودکشی دانش آموزان دختر کنکوری شهر کرمانشاه بود. طرح پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. حجم نمونه ۴۰ نفر بود که از جامعه مذکور، به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. ۲۰ نفر به گروه آزمایش و ۲۰ نفر به گروه کنترل تخصیص یافتند. ابزارهای پژوهشی مورد استفاده پرسشنامه های افکار خودکشی، آشفتگی روانی و آشفتگی فکری بود. گروه آزمایش در طول ده جلسه، هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه آموزش تاب آوری دریافت کردند. برای تحلیل داده ها از تحلیل کواریانس چند متغیره و یک متغیره استفاده شد. یافته ها نشان داد که بین آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ پس - آزمون ابعاد آشفتگی فکری با کنترل پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (آشفتگی فکری) ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می دهد که ۰/۶۱ درصد تفاوت دو گروه مربوط به برنامه آزمایشی است. نتایج مؤید آن بود که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون آشفتگی روانی با کنترل پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته یعنی آشفتگی روانی ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می دهد که ۷۵/۱ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است. نتایج مؤید آن بود که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون افکار خودکشی با کنترل پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته یعنی افکار خودکشی ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می دهد که ۶۶/۹ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است.

**واژه های کلیدی:** آموزش تاب آوری، آشفتگی فکری، آشفتگی روانی، افکار خودکشی

## مقدمه

کنکور جز مقوله‌هایی است که جمعیت زیادی از کشور را برای کسب پیشرفت تحت تاثیر قرار داده است تا بتوانند به اهداف خود برسند. کنکور در کنار نقش تعیین کننده خود در سرنوشت و آینده دانش آموزان آسیب های روانی نیز به دنبال دارد که در برخی از مواقع نیز جبران ناپذیر است. البته هر کشوری برای پیشرفت، نیازمند تربیت نیروی انسانی آموزش دیده و متخصص است که آزمون کنکور اولین مرحله برای دست یافتن به این آموزش تخصصی برای متخصص شدن است (زمانی و عباسی، ۱۳۹۹). آسیب های روانی برآمده از کنکور سراسری را می توان برابر با اضطراب امتحان دانست با این تفاوت که چون نتایج کنکور با سرنوشت داوطلبان پیوند دارد از گستردگی بیشتری برخوردار است. اساساً اضطراب آزمون، افزون بر اینکه کارکرد تحصیلی فرد را کاهش می دهد، می تواند به آسیب های روانی گوناگونی نیز بینجامد. در حال حاضر، یکی از آشفتگی های اصلی هر نوجوانی پذیرفته شدن در دانشگاه در رشته مطلوب خود است و این امر باعث شده است که خانواده ها نیز بمرور وقت فرزندانشان در آزمون سراسری تأکید کنند و سالانه میلیون ها تومان، هزینه تدریس خصوصی، شرکت در آزمون های آزمایشی و خرید کتاب های تست و نکته را به راحتی پرداخت می کنند تا شاید فرزندانشان با پذیرش در دانشگاه شأن اجتماعی پیدا کنند. این امر باعث شده است تا خانواده ها در هر شرایطی فرزندان خود را بدون توجه به شرایط فردی (استعداد و علاقه) و نیازهای جامعه، راهی دانشگاه کنند (امینی، ۱۳۹۹). پژوهش ها نشان داده که پیامدهای اضطراب و فشار برآمده از کنکور در شمار زیادی از شرکت کنندگان پدیدار می شود و به کاهش کارآمدی آموزشی، و در پی آن آشفتگی روانی آنها می انجامد و اگر واکنش های آشفتگی روانی پس از آشفتگی روانی در کنکور پیگیری نشود و به کاهش اعتماد به نفس منجر شود، فرد دچار مشکلات سازگاری عاطفی و اجتماعی خواهد شد. همچنین پژوهش ها نشان داده که بیش از ۶۰ درصد از دانشجویان پذیرفته شده در دانشگاه، شناخت جامع و درستی از رشته خود ندارند و این، خود شدت بی علاقه‌گی به تحصیل، افت تحصیلی، آشفتگی روانی و آشفتگی روانی در زندگی را در پی دارد (شیهی و هوران، ۲۰۲۰). زیرا بسیاری از داوطلبین، به دلیل فشار خانواده و اطرافیان به تحصیل در دانشگاه، ارزش های اجتماعی - اقتصادی حاکم بر جامعه، فرار از سربازی و بسیاری دلایل دیگر، ناگزیر به انتخاب رشته ای نامتناسب و مغایر با علایق و توانایی های خود می شوند، که در طولانی مدت می تواند منشاء بسیاری از مشکلات روانی هم برای فرد و هم برای خانواده او باشد (تنهای رشوانلو، ۱۳۹۸). راه های ورود داوطلبین به دانشگاه چیزی است که دولت های هر کشور مطابق با قوانین و شرایط کشور خود، آن را تعیین می کند. اغلب کشورهای دنیا آزمون های مانند کنکور ما برای پذیرش دانشجویان ندارند، ولی هر کدام روش هایی دارند که مختص به خود است. البته کنکور فقط برای ایران نیست و هنوز هم کشورهایی وجود دارند که کنکور را راه اصلی ورود جوانان خود به دانشگاه قرار داده اند؛ اما شیوه برگزاری کنکور در ایران متفاوت است. در بسیاری از کشورها، دانشجویان در آخرین سال تحصیلات خود در دوره دبیرستان یا کالج اقدام به اخذ پذیرش از دانشگاه می کنند و در برخی از کشورها، سازمان های مستقل و یا دولتی وجود دارند که در زمینه پذیرش دانشگاهی فعالیت و مدیریت برگزاری امتحانات لازم برای پذیرش و رسیدگی و بررسی به پرونده های متقاضیان را بر عهده دارند (حامدی، ۱۳۹۷).

به اجرا درآوردن آگاهانه برنامه، تأثیر گذاری مطالعاتی آن ها را چندین برابر می کند. این دسته از دانش آموزان می دانند که آزمون ها، نقش آموزش محور و یادگیری و کمک به دانش آموزان را دارد و این تئوری به آن ها کمک می کند تا هیچ وقت

<sup>۱</sup> Sheehy, & Horon

در آزمون‌ها غیبت نکنند و به سادگی از آن‌ها نگذرند. دانش آموزان برتر می‌دانند که موفقیت در کنکور یک کار گروهی است، نه یک کار فردی و نخستین افرادی که می‌توانند به آن‌ها کمک کنند پدر و مادر و خانواده هستند، زیرا اعضای خانواده علاوه بر انگیزه کمک به آن‌ها شناخت بیشتری از رفتار آموزشی و مطالعه آن‌ها از کودکی تاکنون دارند و بهتر می‌توانند با آن‌ها گفتگو کنند و در کشف روش‌های موفق به آن‌ها یاری رسانند. آن‌ها می‌دانند که تاثیر والدین و اطرافیان در موفقیت فرزندان حتی بیش از دبیران است و اگر اولیا به درستی و به موقع همراهی نکنند و شرایط را آن گونه که باید باشد فراهم نکنند موفقیت حاصل نخواهد شد (تقی‌زاده، ۱۳۹۹). از این رو آشفتگی فکری به خلق منفی و دیگر علائم افسرده ساز، افکار و باورهای هستند که مکرر توجه فرد را معطوف به احساسات منفی، ماهیت و نتایج این احساسات می‌کنند. بیماران درگیر آشفتگی فکری بدون آن که برای حل مشکلاتشان کاری انجام دهند به علل و نتایج علائم افسرده ساز فکر می‌کنند و هیچ کار مؤثری برای رهایی از این علائم انجام نمی‌دهند. براین اساس گروهی از افراد معتقدند آشفتگی فکری راهبرد مفیدی برای کسب بینش، شناسایی علل و محرک‌های آشفتگی روانی است و زمینه مناسب برای حل مسئله را برای آنان فراهم می‌کند هم‌چنین خطاهای آینده را پیشگیری کرده و باعث می‌شود تا آن‌ها بتوانند امور را اولویت‌بندی نمایند (لوبومیرسکی، ۲۰۲۰).  
 مارتین و داهلن<sup>۳</sup> (۲۰۲۱) در زمینه آشفتگی فکری، آن را به عنوان یک پیشابند برای آشفتگی روانی و ناراحتی هیجانی به‌شمار می‌آورند. موریس<sup>۴</sup> (۲۰۱۹) در مطالعه خود نشان داد که آشفتگی فکری تأثیرات به‌سزایی بر آشفتگی روانی و طولانی تر شدن آن دارد.

یکی از عواملی که می‌تواند کارکردهای روانی دانش آموزان کنکوری را در قالب تفکر، خلق و رفتار بهبود دهد و توان مقابله با مشکلات هیجانی و روانشناختی را افزایش دهد، تاب آوری می‌باشد. گارمزی و ماستن<sup>۵</sup> (۲۰۰۶)، تاب آوری را یک فرآیند توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده تعریف نموده اند. والر<sup>۶</sup> (۲۰۰۱) تاب آوری را سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار (آسیب‌ها و تهدیدات) می‌داند. تاب آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی در شرایط خطرناک است (کاو، ۱۳۹۸). بنابراین مسئله اصلی در این تحقیق بررسی تاثیر آموزش تاب آوری بر آشفتگی فکری، آشفتگی روانی و افکار خودکشی دانش آموزان کنکوری می‌باشد. در واقع سوال اصلی پژوهش این است که آیا آموزش تاب آوری بر آشفتگی فکری، آشفتگی روانی و افکار خودکشی دانش آموزان کنکوری تاثیر دارد؟

1. Lyubomirsky,s

۲. Martin and

۳. Morris

۴. garmezy & Masten

۵. Waller

## روش پژوهش

پژوهش حاضر با توجه به هدف کاربردی و شیوه اجرا نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شما کلیه دانش آموزان دختر پایه دوازدهم شهر کرمانشاه است که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل هستند. نمونه آماری نیز به روش تصادفی ساده از جامعه یاد شده ۱۰۰ نفر انتخاب و افرادی که در پیش آزمون یک انحراف معیار از میانگین کمتر گرفتند از بین آن‌ها ۴۰ نفر برگزیده و به طور تصادفی آن‌ها را به دو گروه تصادفی و کنترل تقسیم و سپس ۲۰ نفر در گروه آزمایشی و ۲۰ نفر دیگر در گروه کنترل قرار گرفتند و پرسشنامه های افکار خودکشی، آشفتگی روانی و آشفتگی فکری جهت پاسخگویی بین آنها توزیع شد و از بین آنها دخترانی که در تمایل به همکاری در رابطه با آموزش تاب آوری داشتند تعداد ۴۰ نفر بطور تصادفی انتخاب و در دو گروه ۲۰ نفر (۱ گروه آزمایش و ۱ گروه گواه) گمارده شدند. این نمونه ها در موسسات آموزشی قلم چی، گاج و منتشران استخراج و پژوهش در آنجا انجام شد.

## ابزار پژوهش

در این پژوهش از سه پرسشنامه استاندارد شده استفاده شده است.

۱) پرسشنامه آشفتگی فکری: این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط راجمن و شفران<sup>۱</sup> پدید آمد. دارای ۱۹ سوال ۵ گزینه ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) می باشد که در نمره گزینه هابه ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و صفر می باشد. در سه خرده مقیاس ۱- آمیختگی فکر - عمل احتمالی برای خود (۳ آیتم)، ۲- آمیختگی فکر - عمل احتمالی برای دیگران (۴ آیتم) و ۳- آمیختگی فکر - عمل اخلاقی (۱۲ آیتم) تدارک دیده شده است. اما در مقیاس اغتشاش فکر - عمل تجدید نظر شده، هشت خرده مقیاس به مقیاس TAF اولیه افزوده شده است، که دو خرده مقیاس به طور کامل جدید و شش خرده مقیاس در واقع به نحوی حاصل و برایش مقیاس قبلی اند. خرده مقیاس های جدید عبارتند از: خرده مقیاسی که اعتقاد به این که احتمال وقوع رویدادهای مثبت برای دیگران به وسیله افکار شخص افزایش می یابد را میسنجد (۴ گویه) (خانی پور، ۱۳۹۸). خرده مقیاسی که اعتقاد به این که به وسیله افکار می توان از وقوع آسیب جلوگیری کرد را مورد ارزیابی قرار میدهد (۳ گویه) شش خرده مقیاس دیگر ارزش و مسئولیتی را میسنجد که فرد در مورد هر یک از انواع افکار منفی، مثبت و دورکننده آسیب در خود احساس میکند. در حقیقت در این مقیاس TAF احتمال برای دیگران به ۳ نوع تفکر منفی، مثبت و دورکننده تقسیم شده، سپس میزان احتمال، ارزش و مسئولیتی که فرد برای هر دسته از افکار قائل است، به طور جداگانه در ۹ خرده مقیاس مورد سنجش قرار میگیرد. این ۹ خرده مقیاس به همراه خرده مقیاسهای TAF اخلاقی، TAF احتمالی برای خود در مجموع ۱۱ خرده مقیاس TAF-R تشکیل می دهند. مجموع گویه های این مقیاس جدید ۲۷ گویه است، اما از گویه ۱۶ تا ۲۷ هر گویه به دو قسمت تبدیل می شود و برای هر قسمت نمره جداگانه لحاظ می شود) (خانی پور، ۱۳۹۸).

نتایج بررسی خصوصیات روانسنجی این مقیاس در ایران پورفرجی و محمدی (۱۳۷۸) بدین شرح است: نتیجه تحلیل عامل اکتشافی با استفاده از چرخش واریماکس بیانگر وجود ۸ عامل بود که ۰/۸۰ واریانس کل مقیاس را تبیین نمودند. عوامل به ترتیب عبارتند از: TAF اخلاقی، احساس مسئولیت در قبال افکار مثبت، احتمال وقوع وقایع منفی، احتمال وقوع وقایع مثبت،

<sup>۱</sup>Rachman & Shfran

احساس مسئولیت در قبال افکار منفی، احساس مسئولیت در قبال افکار جلوگیری از خطر، احتمال جلوگیری از خطر با داشتن فکر آن و احتمال وقوع افکار در مورد خود. برای محاسبه پایایی مقیاس از روشهای همسانی درونی، بازآزمایی با فاصله ۴ هفته بر روی نمونه ۳۵ نفری و تنصیفی استفاده شد. ضرایب حاصل از پایایی برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۶۱ و ۰/۸۲ به دست آمد. در مطالعه بخشی پور و همکاران (۱۳۹۶) همسانی درونی ضرایب آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاسها از ۰/۷۹ تا ۰/۹۵ بودند. ضرایب پایایی حاصل از بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۱ و برای خرده مقیاسها ۰/۵۹ تا ۰/۶۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر برای سنجش پایایی این پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب برای درآمیختگی فکری ۰/۸۹ به دست آمد.

**۲) پرسشنامه آشفتگی روانی بک:** این پرسشنامه فرم بازنگری شده پرسشنامه آشفتگی روانی بک است که در سال ۱۹۹۶ برای ارزیابی شدت علائم آشفتگی روانی تدوین شده بود. پرسشنامه آشفتگی روانی بک یکی از پرستفاده ترین ابزارهای تشخیصی روانپزشکی است. پرسشنامه آشفتگی روانی بک ۲۱ سال دارد و برای سنجش شدت آشفتگی روانی در نوجوانان و بزرگسالان، طراحی شده است. سئوالات شامل: خلق، بدبینی، احساس شکست، خود شناسی، گناه، تنبیه، از خود بیخاری، خود مقصر بینی، افکار خودکشی، گریه، تحریک پذیری، کناره گیری، تهدید، تفسیر و پنداشت تن، دشواری کار، بی خوابی، خستگی ناپذیری، فقدان اشتها، کاهش وزن، اشتغال ذهنی نسبت به تن و کاهش میل جنسی می باشد.

اعتبار و روایی پرسشنامه: پولیت (۱۸۶۵) و کوپن (۱۹۷۱) نتایج مطالعات خود درباره آشفتگی روانی را تشریح کردند و تشریح آنها از آشفتگی روانی کاملاً قابل مقایسه با ۲۱ علامت یا نشانه ای بود که در پرسشنامه بک مشخص شده بود. متکاف و کلومن (۱۹۶۵) با بررسی پرسشنامه بک و ارزیابی بالینی آن دریافتند که مزیت پرسشنامه بک بر آزمون هنیلته (۱۹۶۰) این است که به مهارت یا دانش آزمونگر بستگی ندارد. زیلی و همکاران (۱۹۷۰) پرسشنامه بک را از بهترین ابزار های سنجشی افسردگی دانستند. این پرسشنامه در سال ۱۹۶۱ بر روی جمعیت آمریکا و سپس بر روی جمعیت انگلیس و در سال ۱۹۷۲ نیز بر روی جمعیت ایران مورد مطالعه قرار گرفت و اجرا کنندگان این پرسشنامه را دارای اعتبار کافی به منظور تشخیص و پیش بینی آشفتگی روانی دانستند. منصور و دادستان (۱۳۶۸) فرم کوتاه آزمون آشفتگی روانی بک را بروی جمعیت ایران هنجار گزینی کردند. در این فرم، ۱۳ ماده وجود داشت و مجموع نمرات ۳۹ می شد. در سال ۱۹۶۳ متکاف، پرسشنامه بک را در مورد افرادی که افسرده شدید شناخته شده بودند اجرا کرد و نمرات به دست آمده را با نمراتی که بر اساس ارزیابی یک روانپزشک به دست آمده بود، مقایسه کرد. نتیجه این مطالعه آن بود که پرسشنامه بک وسیله مناسبی برای تفکیک افراد مشکوک به آشفتگی روانی از افراد سالم است. از نظر بک (۱۹۶۳)، در این پرسشنامه افراد با حالات آشفتگی روانی بسیار ضعیف یا غیر افسرده نمرات بین صفر تا ۱۳، افراد افسرده خفیف از عدد ۱۴ تا ۲۴ و بیماران افسرده شدید نمره ۲۵ به بالا می گیرد. نتایج مطالعات وهاب زاده که در سال ۱۳۵۲ و به منظور چگونگی ارزش تشخیصی پرسشنامه آشفتگی روانی بک در تفکیک بیماران افسرده از افراد سالم انجام گرفت نشان داد که این ابزار سنجشی دارای ارزش تشخیصی است و قادر به تشخیص افراد سالم از بیمار می باشد. نتایج بررسی پرتویی در سال ۱۳۵۳ و در رابطه با شیوع آشفتگی روانی در دانشجویان دانشکده های مختلف دانشگاه تهران نشان داد که پرسشنامه بک از ثبات اعتبار بر خوردار است. وی همچنین این پرسشنامه را در سال ۱۳۵۴ بر روی جمعیت ایران استاندارد نمود. ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) این پرسشنامه بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ و پایایی ارزیابی ها بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (مارنات، ۱۹۹۰؛ به نقل از اندوز، ۱۳۹۸). ویژگی های روانسنجی فرم بازنگری شده این پرسشنامه توسط قاسم زاده و همکاران (۲۰۰۵) بدست آمده است، نتایج حاکی از روایی و پایایی بالای این پرسشنامه است.

۳) مقیاس افکار خودکشی بک (۱۹۹۶) یک ابزار خودسنجی ۱۹ پرسشی است. این پرسشنامه برای آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی در طی هفته‌ی گذشته، تهیه شده است. مقیاس بر اساس ۳ درجه نقطه‌ای تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می‌شود. پرسش‌های مقیاس مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال و نافع، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر خود، عوامل بازدارنده خودکشی و میزان آمادگی فرد برای اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می‌دهد.

### روش اجرای پژوهش

ملاک ورود و خروج آزمودنی‌ها به شکل است که به تعداد آزمودنی‌های گروه آزمایشی و گروه کنترل برگه سؤال و پاسخ نامه آماده گردید و با هماهنگی به عمل آمده در موعد مقرر در موسسات آموزشی کنکوری شهر کرمانشاه، با تشریح کلی کار و توجیه افراد جهت شرکت در این آزمون و تحقیق، از آنها خواسته شد که نهایت همکاری را با پژوهشگر داشته و تا پایان دوره انصراف ندهند سپس به تعداد آنها که ۴۰ نفر بودند برگه سؤالات پیش آزمون آشفته‌گی فکری، آشفته‌گی روانی و افکار خودکشی توزیع گردید. پس از اتمام پیش آزمون برنامه کلاسهای آموزشی تاب آوری به گروه آزمایشی که شامل ۲۰ نفر هستند داده می‌شود. برنامه آموزشی و تعداد جلسات برای داوطلبین توضیح داده شد و قبل از اجرای برنامه آموزشی هر دو گروه آزمایش و کنترل مورد آزمون قرار گرفتند و پس از اجرای برنامه آموزشی برای گروه آزمایش، مجدداً هر دو گروه مورد آزمون قرار گرفتند. با توجه به اینکه هر یک از برنامه‌های آموزشی تاب آوری بسته به مخاطبان خود بر آموزش‌های خاصی تأکید می‌کند. در این تحقیق آموزش تاب آوری از طرح اجرایی تاب آوری که در مجموعه کامل مهارت‌های زندگی نوشته کریس. ال. کلینکه که توسط محمد خانی (۱۳۸۹) به فارسی برگردانده شده گرفته شده است و همچنین از منابع علمی دیگر و مشورت با اساتید متخصص فن تنظیم گردیده و در ۱۱ جلسه برگزار شد هر جلسه ۲ ساعت و طرح به صورت کارگاه آموزشی اجرا شد که برنامه‌های هر جلسه روشن و با توجه به مشکلات و استرس‌هایی که دانش‌آموزان بیشتر با آن رو به رو هستند اجرا شد.

### جدول ۱ خلاصه جلسات آموزش تاب آوری

| جلسات    | هدف                                 | شرح جلسه  |
|----------|-------------------------------------|---|
| جلسه اول | آشنایی گروه باهم دیگر و تشریح آموزش | ایجاد رابطه حسنه مبتنی بر همکاری-آشنایی با نحوه کار   |
| جلسه دوم | معرفی، مرور کلی و بیان سه اتفاق خوب | -ارائه کلیاتی از پروتکل گروهی، معرفی اعضاء و انتظارات گروه<br>-مراقبه تاب آوری مختصر<br>-تمرین کتبی تأیید خویشتن و بیان ارزشها<br>-شرح تمرین (تکلیف خانگی)<br>-سه اتفاق خوب<br>-مراقبه تاب آوری |
| جلسه سوم | استفاده از نقاط قوت خود             | -بحث راجع به تمرین سه اتفاق خوب<br>-بحث راجع به نتایج   |

|  |                  |             |
|--|------------------|-------------|
| -شرح تمرین (تکلیف خانگی) استفاده از نقاط قوت خود<br>-مراقبه تاب آوری   |                  |             |
| -بحث راجع به تمرین استفاده از نقاط قوت<br>- معرفی تمرین (تکلیف خانگی) لذت بردن<br>-مراقبه تاب آوری           | لذت بردن         | جلسه چهارم  |
| -بحث راجع به تمرین (تکلیف خانگی) لذت بردن<br>-معرفی تمرین (تکلیف خانگی) داشتن یک روز خوب<br>-مراقبه تاب آوری | داشتن یک روز خوب | جلسه پنجم   |
| -بحث راجع به تمرین داشتن یک روز خوب<br>-معرفی تمرین (تکلیف خانگی) دیدار قدردانی<br>-مراقبه تاب آوری          | دیدار قدردانی    | جلسه ششم    |
| -بحث راجع به تکلیف خانگی دیدار قدردانی<br>-معرفی تمرین (تکلیف خانگی) پاسخ فعال/سازنده<br>- مراقبه تاب آوری   | پاسخ فعال/سازنده | جلسه هفتم   |
| -بحث راجع به تمرین پاسخ فعال/سازنده<br>-معرفی تکلیف صندلی داغ<br>-مراقبه تاب آوری                            | صندلی داغ        | جلسه هشتم   |
| -بحث راجع به تمرین صندلی داغ<br>-معرفی تمرین نوشتن بیوگرافی<br>- مراقبه تاب آوری                             | نوشتن بیوگرافی   | جلسه نهم    |
| -بحث راجع به تکلیف نوشتن بیوگرافی<br>-معرفی تکلیف خدمات مثبت<br>-مراقبه تاب آوری<br>-بحث راجع به جلسه پایانی | خدمات مثبت       | جلسه دهم    |
| -بحث راجع به گروه<br>-پر کردن مقیاسها<br>-مراقبه نهایی   | خاتمه            | جلسه یازدهم |

## یافته ها

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار افکار خودکشی، آشفتگی روانی و آشفتگی فکری به تفکیک گروه و مرحله

سنجش

| متغیر پژوهش  | گروه   | تعداد | پیش آزمون<br>انحراف معیار ±<br>میانگین | پس آزمون<br>انحراف معیار ±<br>میانگین |
|--------------|--------|-------|--|---------------------------------------|
| افکار خودکشی | آزمایش | ۲۰    | ۳۸/۹۳ ± ۲۷/۱۶                          | ۵۳/۵۸ ± ۲۵/۱۰                         |
|              | کنترل  | ۲۰    | ۴۵/۱۶ ± ۲۴/۳۳                          | ۳۸/۴۷ ± ۱۵/۶۶                         |
| آشفتگی روانی | آزمایش | ۲۰    | ۱۲/۶۴ ± ۲/۸۷                           | ۱۳/۲۲ ± ۲/۴۱                          |
|              | کنترل  | ۲۰    | ۱۳/۹۴ ± ۳/۱۹                           | ۱۴/۰۰ ± ۲/۶۹                          |
| آشفتگی فکری  | آزمایش | ۲۰    | ۱۰۲/۲۹ ± ۱۸/۹۸                         | ۷۵/۳۳ ± ۱۱/۵۱                         |
|              | کنترل  | ۲۰    | ۹۹/۸۹ ± ۱۹/۶۴                          | ۹۷/۴۱ ± ۱۸/۳۴                         |

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که میانگین (و انحراف معیار) نمره کل متغیر افکار خودکشی در افراد گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون برابر با ۳۸/۹۳ (و ۲۷/۱۶) و در مرحله پس آزمون برابر با ۵۳/۵۸ (و ۲۵/۱۰) می‌باشد. در افراد گروه کنترل میانگین (و انحراف معیار) این متغیر در مرحله پیش آزمون برابر با ۴۵/۱۶ (و ۲۴/۳۳) و در مرحله پس آزمون برابر با ۳۸/۴۷ (و ۱۵/۶۶) می‌باشد. میانگین (و انحراف معیار) نمره متغیر آشفتگی روانی در افراد گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون برابر با ۱۲/۶۴ (و ۲/۸۷) و در مرحله پس آزمون برابر با ۱۳/۲۲ (و ۲/۴۱) می‌باشد. در افراد گروه کنترل میانگین (و انحراف معیار) این متغیر در مرحله پیش آزمون برابر با ۱۳/۹۴ (و ۳/۱۹) و در مرحله پس آزمون برابر با ۱۴/۰۰ (و ۲/۶۹) می‌باشد. میانگین (و انحراف معیار) نمره کل متغیر آشفتگی فکری در افراد گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون برابر با ۱۰۲/۲۹ (و ۱۸/۹۸) و در مرحله پس آزمون برابر با ۷۵/۳۳ (و ۱۱/۵۱) می‌باشد. در افراد گروه کنترل میانگین (و انحراف معیار) این متغیر در مرحله پیش آزمون برابر با ۹۹/۸۹ (و ۱۹/۶۴) و در مرحله پس آزمون برابر با ۹۷/۴۱ (و ۱۸/۳۴) می‌باشد.

## پیش فرض آماری

## فرض نرمال بودن داده ها

برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در تحلیل کوواریانس از آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده می‌شود. از آنجایی که برای استفاده از تحلیل کوواریانس به عنوان یک آزمون پارامتریک اطلاع از نرمال بودن اهمیت دارد، لذا در چنین مواقعی از آزمون های فوق برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده می‌گردد. در این صورت است که می‌توان به نتایج تحلیل کوواریانس اطمینان نمود.



جدول شماره ۲: آزمون شاپیرو-ویلک و کولموگروف-اسمیرنف برای طبیعی بودن توزیع نمرات

| متغیر        | آزمون شاپیرو-ویلک |            |         | آزمون کولموگروف-اسمیرنف |            |         |
|--------------|-------------------|------------|---------|-------------------------|------------|---------|
|              | آماره             | درجه آزادی | P-Value | آماره                   | درجه آزادی | P-Value |
| آشفتگی فکری  | ۰/۹۵۹             | ۲۰         | ۰/۵۱۸   | ۰/۱۳۷                   | ۲۰         | ۰/۲۰۰   |
| آشفتگی روانی | ۰/۵۴۱             | ۲۰         | ۰/۲۵۵   | ۰/۲۸۰                   | ۲۰         | ۰/۴۹۰   |
| افکار خودکشی | ۰/۷۴۳             | ۲۰         | ۰/۲۷۴   | ۰/۴۲۱                   | ۲۰         | ۰/۶۸۶   |

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که سطح معناداری در آزمون‌های فوق‌الذکر از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، لذا توزیع نمرات در متغیرهای تحقیق طبیعی است ( $P > 0.05$ ). بنابراین، از آنجایی که توزیع نمرات نرمال است، می‌توان از آزمون تحلیل کواریانس در این پژوهش استفاده کرد.

### فرض همگنی واریانس خطاها

بسیاری از آزمون‌های پارامتریک تحلیل کواریانس برای فرض متکی هستند که واریانس‌های جمعیت که نمونه‌ها از آن اخذ شده مشابه است. در بسیاری از موارد تفاوت واریانس‌ها به قدری کم است که شخص می‌تواند فرض کند نمونه‌ها در واقع از یک جمعیت اخذ شده‌اند. لذا برای رفع این مشکل همگنی واریانس‌ها بررسی و در صورت عدم معناداری نمره F می‌توان از تحلیل کواریانس به عنوان یک آزمون پارامتریک مطمئن استفاده کرد.

جدول شماره ۳: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض همگنی خطای واریانس‌ها

| متغیرهای وابسته | آماره F | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معناداری |
|-----------------|---------|--------------|--------------|--------------|
| آشفتگی فکری     | ۰/۳۲۸   | ۱            | ۳۸           | ۰/۵۷۰        |
| آشفتگی روانی    | ۲/۴۵۲   | ۱            | ۳۸           | ۰/۹۳۳        |
| افکار خودکشی    | ۱/۷۴۹   | ۱            | ۳۸           | ۰/۳۷۶        |

همان‌گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود پیش فرض لوین در کلیه متغیرهای پژوهش تأیید می‌گردد؛ که به دلیل تصادفی بودن دو گروه و حجم نمونه بالا می‌توان از روش تحلیل کواریانس جهت تجزیه و تحلیل فرضیه‌ها استفاده کرد.

### فرض همگونی ماتریس واریانس - کوواریانس

یکی از پیش فرض‌های مهم آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره این است که ماتریس‌های کوواریانس در هر یک از گروه‌های متغیرهای پژوهش باید همگن باشند. تشخیص همگن بودن این ماتریس‌های کوواریانس را آزمون ام باکس انجام می‌دهد.

جدول شماره ۴: نتایج آزمون ام باکس مبنی بر همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس

| آماره آزمون ام باکس | آماره آزمون F | سطح معناداری |
|---------------------|---------------|--------------|
| ۹/۷۹۱               | ۱/۴۹۱         | ۰/۱۷۷        |

از طرف دیگر با توجه به این که آزمون F در برابر میزان متوسطی از واریانس های ناهمگن مقاوم است به خصوص هنگامی که نمونه‌ها دارای حجم مساوی باشند، استفاده از آزمون تحلیل کواریانس امکان‌پذیر می‌گردد. برای بررسی پیش فرض همگونی ماتریس واریانس- کواریانس نیز از آزمون ام باکس استفاده شد. نتایج آزمون ام باکس ( $F=1/491$  و  $P>0/177$ ) در جدول شماره ۵ گویای آن است که شرط همگونی ماتریس واریانس- کواریانس به خوبی رعایت شده است.

### همگنی همگنی شیب خط رگرسیون

برای استفاده از تحلیل کواریانس باید بین متغیر پیش آزمون و متغیرهای وابسته در سطوح مختلف متغیر مستقل (گروه آزمایش و کنترل) یکسان و همگن باشد. لذا این مفروضه بررسی می‌کند که بین متغیرهای پیش آزمون و مستقل رابطه‌ای وجود نداشته باشد.

جدول شماره ۵: نتایج همگنی شیب خط رگرسیون

| متغیرهای پژوهش | منبع تغییرات    | آماره آزمون F | سطح معناداری |
|----------------|-----------------|---------------|--------------|
| آشفتگی فکری    | گروه* پیش آزمون | ۲/۰۳۳         | ۰/۸۲۱        |
| آشفتگی روانی   | گروه* پیش آزمون | ۴/۴۰۲         | ۰/۳۷۵        |
| افکار خودکشی   | گروه* پیش آزمون | ۱/۵۴۲         | ۰/۶۷۶        |

در جدول شماره ۴-۷ نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به عنوان پیش فرض تحلیل کواریانس آورده شده است. براساس نتایج مندرج در این جدول ۶ سطح معناداری اثر بزرگ تر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین پیش فرض همگونی رگرسیونی پذیرفته می‌شود.

جدول شماره ۶: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا)

| نوع آزمون         | مقدار  | آزمون F | سطح معناداری | ضریب تأثیر | توان آماری |
|-------------------|--------|---------|--------------|------------|------------|
| اثر پیلایی        | ۰/۹۴۵  | ۱۸۹/۵۹۳ | ۰/۰۰۰        | ۰/۷۴۵      | ۱/۰۰۰      |
| لامبدای ویلکز     | ۰/۰۵۵  | ۱۸۹/۵۹۳ | ۰/۰۰۰        | ۰/۷۴۵      | ۱/۰۰۰      |
| اثر هتلینگ        | ۱۷/۲۳۶ | ۱۸۹/۵۹۳ | ۰/۰۰۰        | ۰/۷۴۵      | ۱/۰۰۰      |
| بزرگترین ریشه روی | ۱۷/۲۳۶ | ۱۸۹/۵۹۳ | ۰/۰۰۰        | ۰/۷۴۵      | ۱/۰۰۰      |

نتایج جدول شماره ۶ بیانگر آن است که اثر لامبدای ویلکز ( $F=189/593$ ;  $P=0/000$ ) معنادار است. نتایج نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون متغیرهای کلی با کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می‌دهد که ۷۴/۵ درصد تفاوت دو گروه مربوط به برنامه آزمایشی است. بعد از این، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا متغیرهای وابسته (آشفتگی فکری، آشفتگی روانی و هراس اجتماعی) به طور جداگانه از متغیر مستقل (آموزش تاب‌آوری) اثر پذیرفته‌اند یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۴-۹ ارائه شده است.

جدول شماره ۷: نتایج اثرات بین آزمودنی کوواریانس چندمتغیره در پس آزمون متغیرهای وابسته

| متغیرهای وابسته | مجموع مجذورات | df | آماره F | P-Value | ضریب تأثیر | توان آماری |
|-----------------|---------------|----|---------|---------|------------|------------|
| آشفته‌گی فکری   | ۱۴۹۸/۲۴۵      | ۱  | ۷۴/۱۹۲  | ۰/۰۰۰   | ۰/۶۷۹      | ۰/۰۰۰      |
| آشفته‌گی روانی  | ۱۸۹۵/۲۷۶      | ۱  | ۱۳/۸۵۰  | ۰/۰۰۱   | ۰/۵۸۴      | ۰/۹۵۱      |
| افکار خودکشی    | ۳۰۵۸/۶۲۷      | ۱  | ۳۸/۶۳۶  | ۰/۰۰۰   | ۰/۶۱۲      | ۱/۰۰۰      |

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) در جدول شماره ۷ نشان می‌دهد که آموزش تاب‌آوری (با کنترل اثر پیش‌آزمون به عنوان عامل همپراش روی پس‌آزمون) بر کاهش آشفته‌گی فکری با ضریب اتای ۰/۶۷، کاهش آشفته‌گی روانی با ضریب اتای ۰/۵۸ و کاهش افکار خودکشی با ضریب اتای ۰/۶۱ تأثیر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اینکه «آموزش تاب‌آوری بر آشفته‌گی فکری، آشفته‌گی روانی و افکار خودکشی دانش‌آموزان تأثیر دارد»، تأیید می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ پس‌آزمون ابعاد آشفته‌گی فکری با کنترل پیش-آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (ابعاد آشفته‌گی فکری) ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می‌دهد که ۰/۶۱ درصد تفاوت دو گروه مربوط به برنامه آزمایشی است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که آشفته‌گی فکری خلق منفی و دیگر علائم افسرده‌ساز، افکار و باورهای هستند که مکرر توجه فرد را معطوف به احساسات منفی، ماهیت و نتایج این احساسات می‌کنند. افراد درگیر آشفته‌گی فکری بدون آن که برای حل مشکلاتشان کاری انجام دهند به علل و نتایج علائم افسرده‌ساز فکر می‌کنند و هیچ کار مؤثری برای رهایی از این علائم انجام نمی‌دهند. آشفته‌گی فکری و نگرانی را به مثابه تاب‌آوری ای‌ارادی و فعالانه، شامل افکار تکراری، برای مقابله با هیجان و رویدادهای تهدیدکننده در نظر می‌گیرد. پدیده آشفته‌گی فکری به این صورت است که در آن مرز میان فکر و رویدادها و فکر و عمل از میان می‌رود و در واقع افکار و سواستی و اعمال مرتبط با آنها معادل در نظر گرفته می‌شوند. گرچه آشفته‌گی فکری به خودی خود مفهوم تازه‌ای نیست. اصطلاح همه‌توانی افکار را برای توصیف باورهایی به کار برد که بر آن اساس بیماران می‌ترسیدند از راه افکارشان به دیگران آسیب برسانند. نقش آن در مفهوم سازی و درمان و سواستی، در چند دهه اخیر مورد توجه قرار گرفته است. باورهای فراشناختی مربوطه به آشفته‌گی فکری، عامل مهمی در پیش‌بینی بروز نشانه‌های و سواستی شناخته شده‌اند. این الگوها بر باورهایی در مورد اهمیت، معنی و قدرت افکار و باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار و انجام آیین‌مندی‌ها تأکید می‌کند (شاره، غرابی، بنفشه و عاطف، ۱۳۹۸). تاب‌آوری مناسب از بروز بیماری‌های ناشی از استرس جلوگیری می‌کنند، اگرچه بیماری‌ها منشأ و علل مختلفی دارند، سبک زندگی و ویژگی‌های شخصیتی نیز در بروز آنها دخالت دارند. روان‌شناسان معتقدند حتی درمان وخیم‌ترین بیماری‌های جسمانی مستلزم تغییر الگوهای پاسخ افراد است. اگر چه ما معمولاً از راهبرد خاصی برای موقعیت‌های معینی استفاده می‌کنیم، اما رفتار مقابله‌ای متمرکز بر مسئله در مورد حوادثی که فراتر از توانایی و کنترل ما نیستند، بهتر عمل می‌کند. گاهی می‌توانیم با اتخاذ چند فعالیت، مشکل را بهبود بخشیم و آن را برطرف کنیم. به عبارت دیگر، وقتی ما حادثه‌ای را به عنوان حادثه‌ی قابل کنترل ارزیابی می‌کنیم، تمایل به

استفاده از رفتارهای مقابله ای متمرکز بر مسئله داریم. اما در موقعیت های دیگری که می دانیم عملکرد، اثر مفیدی را به وجود نخواهد آورد یا حتی ممکن است موقعیت و مشکل را بدتر سازد؛ ترجیح می دهیم که از رفتار مقابله ای متمرکز برهیجان استفاده کنیم.

نتایج مؤید آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون آشفتگی روانی با کنترل پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته یعنی ابعاد آشفتگی روانی ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می دهد که ۷۵/۱ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است. در تبیین این نتیجه می توان گفت که بایستی حتی المقدور بکوشیم تا از پدید آمدن احساس محرومیت شدید و واکنشهای حاد آن پیشگیری به عمل آورده و باید در نظر داشت که میزان احساس آشفتگی روانی به تعداد انواع نیازهای ارضاء نشده و همچنین به طرز تفکر و واکنش های فرد بستگی دارد و باید قدرت مقابله با مشکلات را در افراد بالا برد. اگرچه لازم است که از رنج بردن کودکان، از احساس آشفتگی روانی و حقارت پیشگیری شود ولی این بدان معنی نیست که ما باید همیشه سعی کنیم که از آنان مراقبت و نگهداری کنیم، یا نقشی محافظه کارانه داشته باشیم. بلکه نحوه مواجهه با مشکلات در رشد فردی نقش مهمی ایفاء می کند. از طریق برخورد مناسب با مشکلات است که کودکان به واقعیت ها و محدودیت های خویش وعالم بیرون پی می برند و به اعتماد به نفس دست می یابند. کسی که به توانایی خودش ایمان دارد مقابله با مشکل را یک ارزش تلقی می کند و از این طریق می توان به حدی از موفقیت رسید که قبلا ناممکن می نمود.

راهبردهای مقابله ای، یکی از مفاهیم کلیدی در مواجهه با آشفتگی روانی است. با توجه به گریز ناپذیر بودن استرس، استفاده از سبک های مقابله ای مناسب می تواند فرد را در برابر استرس های شدید محافظت کند. مهارت توانایی مقابله با استرس و شناخت روش صحیح برخورد با تغییرات استرس زا این امکان را به ما می دهد تا منابع استرس و نحوه تاثیر آن را بر زندگی خود بشناسیم و با اعمال و موضع گیری های صحیح و به جای خود بتوانیم فشار و استرس را در خود کاهش داده و آرامش خود را تامین کنیم. هنگامی که افراد با مشکل روبه رو می شوند، واکنش های مختلفی نشان می دهند که این واکنش ها جنبه هیجانی، شناختی و گاهی رفتاری دارند. گاهی اوقات ممکن است به حل مشکل بینجامد یا فرد را از آن دور کند. این واکنش ها در قالب سبک های مقابله، بررسی می شوند. تاب آوری هیجان مدار شیوه هایی را توصیف می کند که بر اساس آن، فرد بر خود متمرکز شده و تمام تلاش او متوجه کاهش احساسات ناخوشایند خویش است. واکنش های مقابله ای هیجان مدار شامل گریه کردن، عصبی و ناراحت شدن، پرداختن به رفتار های عیب جویانه، اشتغال ذهنی و خیال پردازی است. تاب آوری به فرد کمک می کند که درک بهتری از خود داشته باشد و به نحو بهتری با دیگران سازش کند. همچنین در ارتباطات شخصی و شغلی دارای اهمیت است این مهارت به فرد کمک می کند تا بتواند نظر ها، عقاید، خواسته ها، نیازها و هیجان های خود را ابراز و به هنگام نیاز از دیگران درخواست کمک و راهنمایی نماید، مهارت تقاضای کمک و راهنمایی از دیگران در مواقع ضروری از عوامل مهم یک رابطه سالم است. با آموزش تاب آوری به کودکان و نوجوانان، ارتباطات خوب و سالمی با دیگران را در پی خواهد داشت که چطور تصمیم های صحیح و درستی بگیرند، بتوانند تعارضات و مشکلات خود را بدون صدمه زدن به خود و دیگران حل کنند، خشم خود را کنترل کنند و با تنش های روزانه به طور موثر و سازگارانه کنار بیایند.

نتایج مؤید آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون ابعاد افکار خودکشی با کنترل پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته یعنی ابعاد افکار

خودکشی ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می‌دهد که ۶۶/۹ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است. در تبیین این نتیجه می‌توان اظهار داشت که مسائل و مشکلاتی که موجب هراس می‌شوند اگر به موقع و به طور منطقی حل نگردند باعث ناراحتی‌ها و تنش‌های بسیاری می‌شوند که نتیجه آن اختلال در شخصیت و رفتار فرد می‌شود و در صورت پیشرفت فرد را به سوی بیماری‌های روانی سوق می‌دهد. برخی از این مسائل با اندک توجه و کوشش حل می‌شوند، اما برخی دیگر به آسانی حل‌شدنی نیستند. وظیفه روان‌شناسان این است که بدانند ناکامی چگونه به وجود آمده است و علل اصلی آن چه می‌باشد و در صورت لزوم تلاش نماید دریابد که چگونه می‌توان از بروز ناکامی جلوگیری نمود و یا آن را درمان کرد. اعتقاد به این که اگر وقایع و حوادث آن‌طور نباشد که فرد می‌خواهد نهایت بیچارگی و فاجعه است. واکنش به ناکامی نوعی باور غیرمنطقی است که وقتی کارها آن‌طور که باید پیش نمی‌رود یا مطابق میل شما انجام نمی‌گیرد و یا مردم برخلاف آن چه که مورد نظر شماست رفتار می‌کنند، دچار آشفتگی می‌شوید، گرفتار شدن به این آشفتگی یک باور است که یقیناً غیرمنطقی است. سرچشمه فرضیه ناکامی پرخاشگری طرز فکر غیرعقلانه واکنش به ناکامی است، وقتی به شدت ناکام می‌شوید و یا در حقتان بی‌عدالتی می‌شود و طرد می‌شوید باید احساس کنید خیلی افتضاح شده و فاجعه‌ی هولناکی رخ داده است. این طرز تفکر غلطی است؛ زیرا ناکام شدن احساس طبیعی است، ولی حزن و اندوه شدید و طولانی یک موضوع غیرمنطقی است چرا که اولاً: دلیلی وجود ندارد که وقایع و حوادث متفاوت با آن چیزی باشند که طبیعتاً هستند. ثانیاً: حزن و اندوه شدید نه تنها موجب تغییر موقعیت نمی‌شود بلکه اغلب اوقات آن را بدتر نیز می‌کند. ثالثاً: هر نوع چاره‌ای در موقعیت موجود غیرممکن است تنها راه چاره آن است که آن را بپذیریم. رابعاً: اگر فرد موقعیت را آن‌طوری که می‌خواهد و در صدد است تعبیر و تفسیر نکند، محرومیت به اختلافات عاطفی منجر نخواهد شد (شیرالی، ۱۳۹۸).

از این رو آموزش تاب‌آوری به افراد کمک نمود که احساس شایستگی و کارآمدی بیشتری در مسئولیت‌های روزانه و چالش‌های زندگی داشته باشند و موجب پیشرفت افراد در مهارت‌های مدیریت فشار روانی، حل مساله و تصمیم‌گیری، حل تعارض‌ها، خودگردانی، رهبری، وظیفه‌شناسی و رشد رفتارهای پسندیده شود. مثبت‌اندیشی موجب افزایش ظرفیت و توان روان‌شناختی اشخاص می‌شود. قدرت‌سازگاری اشخاص در مقابل فشارها و مشکلات زندگی و اجتماع برابر نیست. در یک محیط مشابه اجتماعی بعضی از اشخاص توانایی مقابله با مشکلات و موقعیت‌های چالش‌انگیز را خیلی زود از دست می‌دهند و در دام انزوا، آشفتگی روانی، رفتارهای ضد یا غیر اجتماعی و به ویژه وابستگی داری گرفتار می‌شوند. در حالی که عده‌ای دیگر به راحتی قادرند از پس این موقعیتها بر آیند و بدون عارضه خاصی مشکل را برطرف نمایند و یا آن را پشت سر بگذارند. این تفاوت در واکنش‌های مقابله‌ای و دفاعی افراد به تفاوت در ظرفیت روان‌شناختی آنها نسبت داده می‌شود. هر قدر تاب‌آوری بالاتر و بیشتر باشد به همان اندازه شخص قادر خواهد بود سلامت روانی - رفتاری خود را در سطح بهتری نگه دارد و به شیوه‌ای مثبت سازگارانه و کارآمد به حل و فصل مشکلات بپردازد. ظرفیت روان‌شناختی افراد در ارتقای بهداشت روان و هر سه جنبه جسمانی، روانی و اجتماعی از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. به ویژه زمانی که مشکلات شکل روانی - اجتماعی به خود بگیرد یعنی زمانی که شخص در مواجهه با فشارهای روانی - اجتماعی و چالش‌های زندگی به الگوهایی از رفتار (غیر انطباقی) روی می‌آورد که حاصل آن فراهم کردن مشکلات برای خود شخص از یک طرف و جامعه از طرف دیگر می‌باشد.

در کل افرادی که دچار ناسازگاری می‌شوند در پی آن حالات پریشانی را تجربه می‌کنند که می‌تواند بسیار آزار دهنده باشد و نیاز به درمانهای مختلف باشد از جمله آموزش روانشناسی مثبت‌گرا. آموزش تاب‌آوری نقش اساسی را در بهداشت

روانی دانش آموزان ایفا می کند و البته زمانی که در یک مقطع رشدی مناسب ارائه شود نقش برجسته تری خواهد داشت. روانشناسی امروز برخلاف دوره های قبل صرفاً به دنبال توصیف و تبیین انواع بیماری ها و اختلالات روانی و راه های درمان و چاره نیست. امروزه علم در هر زمینه ای در پی این است که علاوه بر درمان موثر بیماری ها و ناراحتی ها، اعم از روحی و جسمی، شیوه ها و برنامه هایی جهت بالا بردن احساس بهزیستی و جلوگیری و یا لاقط کاهش ناراحتی ها ارائه کند. در درمان پریشانی روانی دانش آموزان طی آموزش تاب آوری، به محض اینکه تجربه های خصوصی برچسب «نشانه» گرفت، تلاشهایی برای از بین بردن یا کاهش آن صورت می گیرد.

#### منابع:

- آقا یوسفی، علی رضا. (۱۳۹۸). معرفی جدید ترین روی آوردهای درمانگری، قم: انتشارات شهریار.
- براتی، فریده. (۱۳۹۸). مثبت اندیشی و مثبت گرایی، تهران، نشر قلم
- بیانی، علی اصغر؛ کوچکی، عاشوری، محمد؛ بیانی، علی. (۱۳۹۷). روایی و پایایی مقیاس به زیستی روانشناختی ریف، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالیتی ایران، شماره ۵۳، صص ۱۵۱-۱۴۶
- آزاد، حسین. (۱۳۹۸). آسیب شناسی روانی، (جلد اول) چاپ دوازدهم. تهران: انتشارات بعثت.
- اسدی مجره، سارا؛ عابدینی، ماهان؛ پورشریفی، حسین؛ نیکوکار، مهسا. (۱۳۹۸). رابطه ی بین عدم تحمل بلا تکلیفی و آشفتگی فکری با نگرانی در جمعیت دانشجویی، مجله روان شناسی بالینی، ۴: ۹۱ - ۸۴.
- اشجع، مهسا؛ فرح بخش، کاویان؛ سدر پوشان، ندا و ستوده، زهرا. (۱۳۹۸). بررسی اثر بخشی آموزش تاب آوری بر کاهش آشفتگی روانی زنان خانه دار شهر تهران. فصل نامه ی فرهنگی - تربیتی زنان و خانواده. سال هفتم، شماره ی ۱۹، صص ۱۸۵-۱۶۷.
- امامیان، لطیفی. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تاب آوری با درمان مبتنی بر معنویت بر میزان بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به اختلال وسواسی جبری. مجله ی روانشناسی بالینی، سال چهارم، شماره ی ۲ (پیاپی ۱۴)، صص ۵۱-۳۹.
- ایزدی، رضا؛ عسگری، کاوه، عابدی، مارال. (۱۳۹۷). مقایسه اثر بخشی آموزش تاب آوری و درمان شناختی- رفتاری بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار. مجله ی تحقیقات علوم رفتاری، دوره ی دوازدهم، شماره ی ۱، صص ۳۳-۱۹.
- حر، مهدی، آقایی، ارسلان، عابدی، الهه. (۱۳۹۸). تأثیر روش آموزش تاب آوری، بر میزان آشفتگی روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله ی تحقیقات علوم رفتاری، دوره ی یازدهم، شماره ی ۲، صص ۱۲۸-۱۲۱.
- خانی پور، حامد. (۱۳۹۷). تأثیر درمان شناختی بر حضور ذهن بر روی نشانه های آشفتگی روانی، نشخوار فکری، باورهای فراشناختی و نشانه های روانپزشکی باقیمانده در بیماران با سابقه یک دوره آشفتگی روانی: یک طرح مطالعه تک موردی. پایان نامه دکتری، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
- خسروی، مهناز؛ مهرابی، حمید؛ عزیزی مقدم، محسن. (۱۳۹۷). بررسی مقایسه ای مولفه های آشفتگی فکری در بیماران افسرده، وسواس اجباری و افراد عادی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، ۱۰: ۷۲-۶۵.

حسینائی، علی. (۱۳۹۸). بررسی تاثیر آموزش تاب آوری گروهی بر استرس شغلی، فرسودگی شغلی و رضایت شغلی کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.

جوانمرد، غلامحسین. (۱۳۹۸) آسیب شناسی روانی، جلد دوم، چاپ دوم، انتشارات پیام نور.

رجبی، غلامرضا، ایمانی، محمد. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری، بر نگرانی و سازگاری زناشویی زن های دارای پریشانی و اختلال هراس فراگیر. مجله ی تحقیقات علوم رفتاری، دوره ی یازدهم، شماره ی ۶، صص ۶۱۹-۶۰۰.

منصوری، امیر، فرنام، علی رضا. بخشی پور رودسری، علی، محمودعلیلو، محمود؛ فخاری، علی. (۱۳۹۸). مقایسه نگرانی، وسواس فکری و آشفتگی فکری در افراد مبتلا به اختلال هراس فراگیر، اختلال وسواس - اجبار، اختلال آشفتگی روانی و افراد بهنجار، مجله مطالعات روان شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهراء، ۴: ۷۴-۵۶.

منصوری، امیر، فرنام، علی رضا. بخشی پور رودسری، علی، محمودعلیلو، محمود؛ فخاری، علی. (۱۳۹۸). مقایسه آشفتگی فکری در بیماران مبتلا به اختلال آشفتگی روانی عمده، اختلال وسواس - اجبار، اختلال هراس فراگیر و افراد بهنجار، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۳: ۱۹۵ - ۱۸۹.

زمانی، معصومه؛ عباسی، محبوبه. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تاب آوری بر هراس اجتماعی دانش آموزان. مجله ناتوانایی های یادگیری، دوره دوم، شماره ی ۴، صص ۱۷۶-۱۵۴.

گنجی، مهدی، گنجی، حمزه. (۱۳۹۸). آسیب شناسی روانی، جلد اول، چاپ اول، نشر ساولان

جوانمرد، غلامحسین. (۱۳۹۸). آسیب شناسی روانی، جلد دوم، چاپ دوم، انتشارات پیام نور.

Hayes, S. S. C., Levin. M. E., Plumb-Villardaga. J., VIIIatte, J. L., Pistorello, j. (2019). Acceptance and commitment therapy and Contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behavior therapy. 44(2). ۱۸۸-۱۹۸.

Bricker, J. J., & Tollison, s. (2019). Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: A Conceptual and clinical review. Behavioural and cognitive psychotherapy. 39(05), 541-559.

Deyo, M. (2020). Mindfulness and rumination: Does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? Dissertation abstracts in international; Section B: Sciences and Engineering vol, 68(8-B):5564.

Folk, F. (2019) Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. Journal Cognitive and Behavioral practice, 19, 583-594,

Jenifer, L.T., Lynn, E.A. (2011). Predicting anger in social anxiety: The mediating role of rumination. Behavior Research and Therapy, 47: 1079-1084.

Cooper, E. (2019). Acceptance and Commitment Therapy and Depression – the development of a depression specific process measure. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the award of the degree Doctorate of Psychology (Clinical Psychology).

Keng. K. s., naete, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. (2019). Major depression and generalized anxiety disorder: Same genes (partly) different environments? *Archives of General Psychological Medicine*, 23, 397-406.

Martin, L., Tesser, A. (2019). Sime Ruminative thoughts. In: R. S. Wyer, jr (ed, *Ruminative Thoughts* (pp. 1-47). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Mischa, S., Borkovec, T. D., Peasley, C., Person, D. (2019). Coping and personality as predictors of post-traumatic intrusions, numbing, avoidance and general distress: A study of victims of the perth flood. *Behavioural and cognitive Psychotherapy*, 23: 251-264.

Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I., Mayer, B. (2020). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences* 39: 1105.1111.

Raes, F. (2019). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and individual Differenens*, 48:757-761.

Sheehy, L. Sheehy, S. (2019). An acceptance- based behavior therapy for generalized anxiety dsorder. In: SM, I, Orville, roemer Editors, *Acceptance- and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. New york, Ny: Springer. 8(2), 40-۲۱۳.

Lyubomirsky, S., Tucker, K., Caldwell, N. D., Berg, K. (2019). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of personality and social Psychology*, 77: 1041 – 1060.

Wilkinson, P., Goodyer, I. (2020). The effects of cognitive behavioural therapy on mood related ruminative response style in depressed adolescents "Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health", 2: 230-236.