

بررسی تحلیلی اثربخشی آموزش برنامه محور تاب‌آوری در کاهش اختلالات رفتاری نوجوانان دانش آموز جزیره کیش

ساناز اشکان^۱

دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان(خراسگان)، اصفهان، ایران

غلامرضا منشی

استادیار دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان واحد خراسگان، اصفهان، ایران

غلامعلی افروز

استاد ممتاز دانشگاه تهران، تهران

هوشنگ طالبی

دانشیار دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

احمد فروغی ابری

استاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خراسگان)، اصفهان، ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۲/۱۵ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۹۴/۰۴/۱۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۵/۰۵

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش برنامه محور تاب‌آوری بر اختلالات رفتاری نوجوانان صورت گرفت. این پژوهش نیمه‌تجربی و در قالب طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ۳۰ نفر از دانش‌آموزان ۱۲ الی ۱۶ سال سن مدارس دولتی و غیردولتی جزیره کیش در سال ۱۳۹۳ به‌صورت غربالگری با استفاده از پرسشنامه مشکلات رفتاری آخنباخ (YSR) شناسایی شدند. تعداد ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ دانش‌آموزان به عنوان لیست انتظار و با توجه به سن، جنسیت و سطح تحصیلات با گروه آزمایشی هم‌تاسازی شدند. سپس گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت آموزش گروهی از مهارت‌های برنامه تاب‌آوری قرار گرفتند. بعد از دو هفته از اتمام برنامه آموزشی پس‌آزمون (اختلالات رفتاری آخنباخ) از هر دو گروه به عمل آمد. همچنین آزمون پیگیری بعد از دو ماه از پس‌آزمون از همه آزمودنی‌ها اخذ شد. تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم افزار SPSS.21 و روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت. آموزش تاب‌آوری به نوجوانان در کاهش مشکلات رفتاری (اضطراب و افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی، شکایات بدنی، مشکلات اجتماعی، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنی، رفتار پرخاشگرانه و سایر مشکلات رفتاری) تاثیر مثبتی داشت ($P < 0/01$). اما آموزش تاب‌آوری در مشکلات تفکر دانش‌آموزان تاثیر معنی‌داری نداشت.

کلیدواژه‌ها: آموزش تاب‌آوری، اختلالات رفتاری، نوجوانان، اثربخشی.

¹ sanazashkan.c@gmail.com

مقدمه

نوجوانی دوره ای است که در آن جنبه های مختلف سلامت روان فرد دستخوش تغییر می گردد (پاچوکی^۲، اوزر^۳، بارات^۴ و کاتوتو^۵، ۲۰۱۴) که در آن بخشی از شخصیت فرد پایه ریزی می شود (رسورسیون^۶، سالگورو^۷ و روئیز-آرانداس^۸، ۲۰۱۴). چنان که در این گذر دشواری هایی به وجود آید، بهداشت روانی نوجوان از مسیر اصلی منحرف می شود (کاستلانی^۹، پاسترولی^{۱۰}، آیزنبرگ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۴). غباری بناب، پرند، خانداده، موللی و نعمتی (۱۳۸۸) در بررسی مشکلات رفتاری دانش آموزان مقطع ابتدایی تهران نشان داد که میزان شیوع اختلالات رفتاری براساس طبقه بندی بالینی در مقیاس نظام مبتنی بر تجربه ۲۰/۳ درصد در طبقه بالینی و ۵/۸ درصد در طبقه مرزی است. در طبقه بالینی، بیشترین فراوانی به اختلالات درونی سازی و کمترین فراوانی به اختلالات اضطرابی اختصاص دارد. مسلماً بروز مشکلات رفتاری در این برهه از زندگی تاثیرات بعدی و جبران ناپذیری در دوران بزرگسالی وی خواهد داشت (کوپلند^{۱۲}، شاناهان^{۱۳}، کاستلو^{۱۴} و آنگولد^{۱۵}،

۲۰۰۹). به طوری که ریشه بسیاری از رفتارهای ضداجتماعی در بزرگسالی را تشکیل می دهد (دیامانتوپولو^{۱۶}، ورهالست^{۱۷}، واندن اینده^{۱۸}، ۲۰۱۰). مطالعات متعددی که به بررسی علت ها و پیامدهای مشکلات رفتاری نوجوانان پرداخته اند، حاکی از آن است که رفتارهای مشکل ساز از تعامل چندگانه عوامل بیولوژیکی، روانی، محیطی و خانوادگی نشات می گیرند (کزدا^{۱۹}، آایبرگ^{۲۰}، ریچ^{۲۱} و کوئیدو^{۲۲}، ۲۰۰۴). در مقابل به منظور پیشگیری از مشکلات رفتاری نوجوانان راهبردهای مختلفی از جمله آموزش تاب آوری پیشنهاد شده است.

بر اساس مفهوم تاب آوری، تاب آوری ظرفیت بازگشتن از دشواری پایدار و ادامه دار و توانایی در ترمیم خویشتن است (میلر^{۲۳}، اوسبار^{۲۴}، بوید^{۲۵}، تومالا^{۲۶}، باروانی^{۲۷} و همکاران، ۲۰۱۰). تاب آوری براساس خود اصلاح گری فکری و عملی انسان، در روند آزمون و خطای زندگی شکل می گیرد و به مرور زمان می تواند رشد یا کاهش یابد. تاب آوری به عنوان حفظ سلامتی و عملکرد موفقیت آمیز یا سازگاری با یک بافت و

² -Pachucki

³ -Ozer

⁴ -Barrat

⁵ -Cattuto

⁶ -Resurrección

⁷ -Salguero

⁸ -Ruiz-Aranda

⁹ -Castellani

¹⁰ -Pastorelli

¹¹ -Eisenberg

¹² -Copeland

¹³ -Shanahan

¹⁴ -Costello

¹⁵ -Angold

¹⁶ -Diamantopoulou

¹⁷ -Verhulst

¹⁸ -van der Ende

¹⁹ - Calzada

²⁰ -aiberg

²¹ - Rich

²² - Querido

²³ - Miller

²⁴ - Osbahr

²⁵ - Boyd

²⁶ - Thomalla

²⁷ - Bharwani

مختلف گزارش کرده است که یکسال پیگیری بعد از مداخله بر افسردگی نوجوانان تاثیر مثبتی دارد. آموزش تاب آوری درمان نسبتاً جدیدی است که هنوز مطالعات خیلی اندکی در ایران درباره میزان اثربخشی آن در کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان انجام شده است که حاکی از اهمیت تداوم پژوهشی و بررسی های بیشتر در اثربخشی تاب آوری در افزایش سلامت روانی نوجوانان است. بر این اساس تحقیق حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش تاب آوری در کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان جزیره کیش صورت گرفته است.

روش

پژوهش حاضر نیمه تجربی و از نوع طرح های پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی دانش آموزان دوره راهنمایی و متوسطه دولتی و غیر دولتی منطقه آزاد کیش در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ می باشد که دارای مشکلات رفتاری بودند. انتخاب دانش آموزان دارای مشکلات رفتاری از طریق مطالعه غربالگری با استفاده از مقیاس مشکلات رفتاری آخنباخ صورت گرفت. نمونه گیری به روش دردسترس و با شناسایی دانش آموز دارای مشکلات رفتاری صورت گرفت. بدین ترتیب تعداد ۱۵ نفر به عنوان گروه آزمایشی انتخاب گردید و با در نظر گرفتن سن، سطح تحصیلات، وضعیت درآمد و سطح تحصیلات والدین با ۱۵ نفر دیگر از دانش آموزان (لیست انتظار) همتاسازی شدند.

موقعیت تهدیدآمیز یا آزارنده تعریف می شود. پژوهشگران بر این باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (بنزیس^{۲۸} و میچاسیک^{۲۹}، ۲۰۰۹). در واقع تاب آوری شرکت فعال و سازنده فرد در محیط خود نیز محسوب می شود که نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (لوتار^{۳۰}، ۲۰۰۵). اساساً تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶). لذا افرادی که دارای مشکلات رفتاری هستند ممکن است از نظر تاب آوری نقص داشته باشند و گسترش تاب آوری می تواند در کاهش مشکلات رفتاری موثر واقع گردد (مک کنل^{۳۱}، ساوج^{۳۲} و بریتکروز^{۳۳}، ۲۰۱۴). پژوهش های قبلی نشان می دهند که بین تاب آوری و سلامت جسمانی و روانی ارتباط وجود دارد (استنسمما^{۳۴}، هیجر^{۳۵} و استالن^{۳۶}، ۲۰۰۷؛ استینهارد^{۳۷} و دولیبر^{۳۸}، ۲۰۰۸؛ نونه^{۳۹} و هستینگز^{۴۰}، ۲۰۰۹). برونواسر^{۴۱}، گیلهام^{۴۲} و کیم^{۴۳} (۲۰۰۹) در تحقیق مروری از مطالعات

- 28 - Benzie
- 29 - Mychasiuk
- 30 - Luthar
- 31 - McConnel
- 32 - Savage
- 33 - Breitkreuz
- 34 - Steensma
- 35 - Hejer
- 36 - Stallen
- 37 - Steinhard
- 38 - Dolbier
- 39 - Noone
- 40 - Hastings
- 41 - Brunwasser
- 42 - Gillham
- 43 - Kim

معیارهای ورود و خروج از مطالعه

داشتن رضایت آگاهانه دانش جهت شرکت در مطالعه، عدم ابتلا دانش آموزان به بیماری های جسمی شدید (مانند بیماری های قلبی، نقص عضو...)، دانش آموز ساکن جزیره کیش بودن از معیارهای ورود دانش آموزان بود. داشتن والدین ناخوانده، سرپرست خانوار بودن مادر دانش آموز از معیارهای خروج از مطالعه بودند.

ابزار تحقیق

مقیاس مشکلات رفتاری آخنباخ (YSR)⁴⁴ مقیاس مشکلات رفتاری فرم خودگزارشی و دارای ۱۱۲ سوال است که به منظور سنجش مشکلات رفتاری نوجوانان ۱۱ تا ۱۸ سال توسط آخنباخ و رسکورلا (۲۰۱۰) طراحی شده است. این مقیاس ۹ دسته از اختلالات رفتاری شامل ۱- اضطراب/افسردگی، ۲- گوشه گیری/افسردگی، ۳- شکایات بدنی، ۴- مشکلات اجتماعی، ۵- مشکلات تفکر، ۶- مشکلات توجه، ۷- رفتار قانون شکنی، ۸- رفتار پرخاشگرانه و ۹- سایر مشکلات رفتاری را مورد سنجش قرار می دهد. نمره گذاری مقیاس مشکلات رفتاری آخنباخ به صورت ۳ گزینه ای (۰= نادرست، ۱= تا حدی درست، ۲= کاملاً درست) صورت می گیرد. آخنباخ و رسکورلا (۲۰۱۰) روایی مقیاس را با استفاده از شیوه تحلیل عاملی و با روش مولفه های اصلی، مطلوب گزارش کرده است و پایایی مقیاس را با استفاده از

روش آلفای کرونباخ، ۰/۵۹ تا ۰/۸۶ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۱ به دست آورده است. مقیاس مشکلات رفتاری آخنباخ در شهر تهران توسط سازمان آموزش و پرورش استثنایی هنجار شده است. این سیستم بر روی ۱۴۳۷ نفر از دانش آموزان مقاطع ابتدایی، راهنمایی و دبیرستانی در مناطق مختلف شهر تهران هنجار شده است. پس از ترجمه و تفسیر و تایید متخصصان بالینی، مشخصات روان سنجی آزمون های سه گانه سیستم سنجش آخنباخ استخراج و از روایی و اعتبار آن گزارش شده است (مینایی، ۱۳۸۵). همسانی درونی آزمون از طریق آلفای کرونباخ و همچنین اعتبار آزمون از طریق بازآزمایی قابل قبول گزارش شده است. شاخص های روایی محتوایی، سازه و ملاکی آزمون بررسی شده است که یافته های موجود حاکی از اعتبار روایی این آزمون می باشد (مینایی، ۱۳۸۵). همچنین در پژوهش های دیگری روایی همگرای نسخه فارسی مقیاس مشکلات رفتاری آخنباخ با استفاده از ضریب همبستگی با پرسشنامه شخصیتی نوجوانان آیسنک بین ۰/۳۹ الی ۰/۶۸ (عسگرآباد و همکاران، ۱۳۸۸)، فرم والد پرسشنامه علایم مرضی کودکان CSI-4 بین ۰/۱۵ تا ۰/۲۴ (مینایی، ۱۳۸۵) گزارش شده است. همچنین پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در مطالعه مینایی (۱۳۸۵) ۰/۸۵، عسگرآباد و همکاران (۱۳۸۸) ۰/۹۳ و در تحقیق زرگر^{۴۵}، محمدی بهرام آبادی^{۴۶} و

⁴⁵- Zargar

⁴⁴- Achenbach Youth Self-Report Scale (YSR)

باساک نژاد^{۴۷} (۲۰۱۲) ۰/۹۱ گزارش کرده اند. در این تحقیق پایایی هر کدام از زیرمقیاس‌ها و مقیاس کل بین ۰/۶۱ الی ۰/۹۰ بدست آمد.

برنامه آموزش تاب‌آوری

برنامه آموزشی تاب‌آوری در طول یک دوره ۸ جلسه‌ای هفتگی در خصوص هر یک از مهارت‌های برنامه تاب‌آوری اجرا شد. در جدول ۱ برنامه کلی تاب‌آوری معرفی شده است.

روش‌های تحلیل داده‌ها

تمام تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم افزار SPSS.17 مورد محاسبه قرار گرفت. از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی، درصد) برای توصیف متغیرهای تحقیق استفاده گردید. جهت تحلیل فرضیه‌های تحقیق از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. چند متغیری مانکوا استفاده شد. بدین منظور ابتدا از پیش‌فرض‌های مربوط به نرمال بودن داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و کواریانس‌های نرمات آزمودنی‌ها اطمینان حاصل گردید. در این مطالعه سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

میانگین سن دانش‌آموزان ۱۴/۲۷ با انحراف معیار ۱/۲۰ بود. در گروه آزمایشی ۵ نفر دختر و ۱۰ نفر پسر بودند. در لیست انتظار

تعداد ۱۳ دختر و ۱۷ پسر حضور داشتند. ۱۰ نفر از دانش‌آموزان از خانواده با کمتر از یک میلیون و پانصد هزار تومان در ماه و ۵ نفر با درآمد خانواده بالاتر از ۱ میلیون و پانصد هزار تومان بودند. در لیست انتظار ۲۱ نفر از خانواده با کمتر از یک میلیون و پانصد و ۹ نفر از خانواده بالاتر از ۱ میلیون و پانصد هزار تومان بودند.

به منظور تحلیل اثربخشی تاب‌آوری در کاهش اختلالات رفتاری نوجوانان، با توجه به وجود سه مرحله آزمون (پیش‌آزمون، چسب آزمون و آزمون پی‌گیری) در دو گروه کنترل و لیست انتظار، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. بدین منظور نه فرضیه تحقیق، نه بار تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به عمل آمد. به منظور کاهش تعداد جدول آماری برای هر فرضیه، و وجود جداول آماری مشابه، در یک جدول گردآوری و ارائه شده است. ابتدا از نرمال بودن توزیع داده‌ها در دو گروه که با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف صورت گرفت اطمینان حاصل شد. همچنین پیش‌فرض‌های مربوط به همگنی واریانس‌ها و همچنین کواریانس‌های نرمات آزمودنی‌ها با استفاده از آزمون لون و باکس تائید گردید. در جدول ۱ وضعیت توصیفی نرمات آزمودنی‌ها در مشکلات رفتاری (میانگین و انحراف معیار) ارائه شده است.

⁴⁶ - Mohammadi Bahramabadi

⁴⁷ - Bassak Nagad

جدول ۱- معرفی کلی برنامه آموزش تاب آوری پنسیلوانیا (برونواسر و همکاران، ۲۰۰۹)

جلسه	اهداف و برنامه آموزشی تاب آوری برای دانش آموزان
۱	آشنایی با مفاهیم، ساختار، مراحل، روش اجرای برنامه و تکالیف
۲	آموزش کنترل هیجان ها
۳	مهارت همدلی
۴	خودگردانی و خود تاب آوری
۵	توانایی شکل گیری روابط مثبت و ابقای آن و توانایی برقراری رابطه کلامی و غیر کلامی
۶	بروشور آموزش شوخ طبعی- مشارکت گروهی اثربخش
۷	مهارت حس خودشناسایی، خود ادراکی مثبت و خود اثربخشی
۸	شامل مهارت فرانشاخت، حل مساله، بررسی چرخه افکار منفی و آموزش تلاش برای رشد نگرش مثبت

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار مقیاس های YSR در پیش و پس از آزمون گروه کنترل و آزمایشی

متغیر	گروه کنترل		گروه تاب آوری		پس از آزمون		پیش از آزمون		پس از آزمون		پیش از آزمون	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
اضطراب/افسردگی	۱۲۰	۱۸۸	۱۱۱	۱۶۶	۱۴۶	۱۱۱	۱۵۶	۱۲	۱۷۷	۱۰۲	۱۷۰	۱۰۶
ی	۱۱	۱	۱۱	۱	۱۱	۱	۱۱	۱۲	۱	۱	۱	۱
گوشه	۹/۵۳	۵۰	۹/۵۰	۶۱	۹/۶۳	۵۴	۹/۱۳	۲/۲۶	۷	۷۷	۷/۴۰	۱۰۲
گیری/افسردگی	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۲
شکایات بدنی	۶/۷۳	۴۸	۶/۷۶	۴۳	۷/۰۶	۳۳	۷/۰۶	۵/۲۶	۵/۲۶	۱۳	۵/۱۳	۷۴
مشکلات	۱۲/۳۶	۱۰۴	۱۳۰	۱۸۵	۹۳	۷۲	۱۳	۱۷۴	۱۹۳	۱۶۶	۹۸	۲/۱۶
اجتماعی	۲	۲	۱۱	۱	۱۰	۱	۱۲	۲	۱	۱	۱	۱
مشکلات تفکر	۷/۳۶	۱۰۵	۷/۵۰	۷۵	۷/۳۳	۷۰	۸/۲۰	۲۷	۷/۲۶	۸	۷/۴۰	۳۲
مشکلات توجه	۴۳	۴۳	۴۳	۱۵۶	۱۲/۲۶	۱۷	۸۰	۱۹۷	۸/۹۳	۴۸	۹	۱۰۶
رفتار قانون	۷/۳۳	۹۸	۷/۳۳	۱۰۷	۷/۳۶	۱۰۹	۷/۱۸۶	۱۰۳	۴/۸۶	۹۹	۵/۰۶	۰/۹۶
شکنی	۱	۱	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۰	۰	۰
رفتار پرخاشگرانه	۱۲/۹۶	۵۴	۱۲/۶۱	۷۶	۹/۳	۹۰	۱۳/۲۶	۷۹	۵۳	۴۵	۱۰/۶۶	۴۱
سایر مشکلات	۵۱	۷۸	۷۱	۹۷	۱۹/۱	۱۰۴	۳۳	۱۷	۱۳	۱۰۳	۱۳	۳/۵۶
رفتاری	۲۱	۳	۲۱	۳	۵	۲۲	۳	۳	۱۷	۲	۱۴	۱۴

جدول ۲- نتایج آزمون چندگانه لامبدا ویلکس

متغیر	لامبدا ویلکس	مقدار F	Df	خطای Df	سطح معنی داری	مجدور اتا	توان آزمون
اضطراب/افسردگی	عامل	۱۴/۹۷	۲	۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۹
روابط تقابلی گروه بر عامل	عامل	۲۱/۸۵	۲	۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱
گوشه	عامل	۳۲/۱۷	۲	۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
گیری/افسردگی	روابط تقابلی گروه بر عامل	۳۲/۵۳	۲	۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
شکایات بدنی	عامل	۱۱/۲۳	۲	۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۸
روابط تقابلی گروه بر عامل	عامل	۲۰/۲۷	۲	۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱
مشکلات	عامل	۴۱/۹۷	۲	۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱
اجتماعی	روابط تقابلی گروه بر عامل	۶/۲۹	۲	۴۲	۰/۰۰۴	۰/۲۳	۰/۸۷
مشکلات تفکر	عامل	۲/۷۹	۲	۴۲	۰/۰۷	۰/۱۱	۰/۵۲
روابط تقابلی گروه بر عامل	عامل	۲/۵۰	۲	۴۲	۰/۰۹	۰/۱۰	۰/۴۷
مشکلات توجه	عامل	۳۰/۱۲	۲	۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
روابط تقابلی گروه بر عامل	عامل	۲۷/۱۲	۲	۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱
رفتار قانون شکنی	عامل	۳۴/۳۴	۲	۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
روابط تقابلی گروه بر عامل	عامل	۳۴/۷۰	۲	۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
رفتار پرخاشگرانه	عامل	۳۸/۳۳	۲	۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱
روابط تقابلی گروه بر عامل	عامل	۱۰/۹۲	۲	۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۸
سایر مشکلات	عامل	۵۰/۵۳	۲	۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱
روابط تقابلی گروه بر عامل	عامل	۳۷/۷۱	۲	۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱

کوچکتر ۰/۰۱ معنی دار است. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تاثیر تقابلی گروه بر مشکلات رفتاری رد می شود. اما بر اساس نتایج حاصل مقدار F حاصل از تحلیل در متغیر مشکلات تفکر در سطح خطای ۰/۰۷ قرار دارد. بنابراین فرض صفر عدم تفاوت میانگین نمرات در دو گروه تأیید می شود. همچنین مقدار F حاصل برای تاثیر تقابلی گروه بر مشکلات تفکر در سطح خطای ۰/۰۹ قرار دارد. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تاثیر تقابلی گروه بر مشکلات تفکر تأیید می شود.

بر اساس نتایج آزمون چندمتغیری لامبدا ویلکز (جدول ۲) مقدار F حاصل از تحلیل برای مشکلات رفتاری (اضطراب/افسردگی، گوشه گیری/افسردگی، شکایات بدنی، مشکلات اجتماعی، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنی، رفتار پرخاشگرانه و سایر مشکلات رفتاری) در سطح خطای کوچکتر ۰/۰۱ معنی دار است. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت میانگین نمرات در دو گروه رد می شود. همچنین مقدار F حاصل برای تاثیر تقابلی گروه بر مشکلات رفتاری (اضطراب/افسردگی، گوشه گیری/افسردگی، شکایات بدنی، مشکلات اجتماعی، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنی، رفتار پرخاشگرانه و سایر مشکلات رفتاری) در سطح خطای

جدول ۳- آزمون فرض کرویت موشلی و اسپیلون

متغیر	موجلی	مجذور	Df	سطح معنی داری	گرینهوس-	هینه-	حد پایین
	کای			گیسر	فلت		
اضطراب/افسردگی	۰/۸۵	۶/۵۸	۲	۰/۰۳	۰/۸۷	۰/۹۲	۰/۵۰
گوشه گیری/افسردگی	۰/۹۹	۰/۳۲	۲	۰/۸۵	۰/۹۹	۱	۰/۵۰
شکایات بدنی	۰/۷۶	۱۱/۱۲	۲	۰/۰۰۴	۰/۸۱	۰/۸۵	۰/۵۰
مشکلات اجتماعی	۰/۴۸	۳۰/۲۴	۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۶	۰/۶۸	۰/۵۰
مشکلات تفکر	۰/۵۵	۲۴/۶۲	۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۹	۰/۷۲	۰/۵۰
مشکلات توجه	۰/۸۵	۶/۷۶	۲	۰/۰۳	۰/۸۷	۰/۹۲	۰/۵۰
رفتار قانون شکنی	۰/۷۴	۱۲/۴۳	۲	۰/۰۰۲	۰/۷۹	۰/۸۴	۰/۵۰
رفتار پرخاشگرانه	۰/۹۰	۴/۳۶	۲	۰/۱۱	۰/۹۱	۰/۹۷	۰/۵۰
سایر مشکلات رفتاری	۰/۴۳	۳۴/۷۰	۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۴	۰/۶۶	۰/۵۰

ماتریس واریانس کواریانس متغیر وابسته را پذیرفت. زمانی که مقدار سطح معنی داری آزمون موشلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد از یکی از سه آزمون محافظه کار (گرینهاوس- گیسر، هینه- فلت و حد پایین) استفاده می شود. معمولاً زمانی که با نمونه های بسیار کوچک سروکار داریم، اسپیلون گرینهاوس- گیسر مناسب است. آزمون هینه- فلت برای محاسبه (تعدیل) درجات آزادی جدید و همچنین سطح معنی داری جدید به کار می رود. حدپایین شدیدترین انحراف ممکن از کرویت را نشان می دهد و محافظه کارترین اسپیلون محسوب می شود. بنابراین آزمون اسپیلون نیز سه مقدار متفاوت دارد چنانچه مقدار F بدست آمده از ۰/۰۵ کوچکتر باشد می توان گفت اثر معنی دار است.

آزمون آماری موشلی برای آزمودن فرض کرویت است که از پیش فرض های آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر است. چنانچه سطح معنی داری آزمون موشلی کوچکتر از ۰/۰۵ باشد فرضیه صفر رد و فرض اصلی تأیید می شود. بر اساس تحلیل (جدول ۳)، مقدار آزمون کرویت موشلی برای مشکلات رفتاری (اضطراب/افسردگی، شکایات بدنی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنی و سایر مشکلات رفتاری) در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۵ معنی دار است بنابراین فرضیه صفر مبتنی بر همخوانی ماتریس کواریانس خطای مرتبط با متغیرهای تبدیل شده نرمال با یک ماتریس ماتریس همانی رد می شود. لذا با توجه به رد فرض صفر نمی توان کرویت

جدول ۴- نتایج تاثیرات درون گروهی آزمودنیها

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	P	مجذور اتا	توان آزمون
اضطراب/افسردگی	۲۰/۴۲	۲	۱۰/۲۱	۱۴/۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۴	۰/۹۹
کرویت							
هیمنه- فلت	۲۰/۴۲	۱/۸۵	۱۰/۹۹	۱۴/۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۴	۰/۹۹
روابط تقابلی گروه	۲۵/۴۳	۲	۱۲/۷۱	۱۷/۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۲۹	۱
کرویت							
بر اضطراب/ افسردگی	۲۵/۴۳	۱/۸۵	۱۳/۶۹	۱۷/۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۲۹	۱
هیمنه- فلت							
خطا	۶۱/۸۰	۸۶	۰/۷۱				
کرویت							
هیمنه- فلت	۶۱/۸۰	۷۹/۸۴	۰/۷۷				
گوشه گیری/افسردگی	۲۵/۴۸	۲	۱۲/۷۴	۳۰/۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۱	۱
کرویت							
هیمنه- فلت	۲۵/۴۸	۲	۱۲/۷۴	۳۰/۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۱	۱
روابط تقابلی گروه بر	۲۶/۱۴	۲	۱۳/۰۷	۳۱/۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱
کرویت							
گوشه گیری/افسردگی	۲۶/۱۴	۲	۱۳/۰۷	۳۱/۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱
هیمنه- فلت							
خطا	۳۵/۸۰	۸۶	۰/۴۱				
کرویت							
هیمنه- فلت	۳۵/۸۰	۸۶	۰/۴۱				
شکایات بدنی	۱۹/۰۳	۲	۹/۵۱	۱۶/۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۲۸	۱
کرویت							
هیمنه- فلت	۱۹/۰۳	۱/۷۱	۱۱/۰۸	۱۶/۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۹
روابط تقابلی گروه بر	۲۸/۹۵	۲	۱۴/۴۷	۲۵/۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۷	۱
کرویت							
شکایات بدنی	۲۸/۹۵	۱/۷۱	۱۶/۸۷	۲۵/۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۷	۱
هیمنه- فلت							
خطا	۴۸/۳۳	۸۶	۰/۵۶				
کرویت							
هیمنه- فلت	۴۸/۳۳	۷۳/۸۰	۰/۶۵				
مشکلات اجتماعی	۱۴۲/۰۵	۲	۷۱/۰۲	۴۴/۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱
کرویت							
هیمنه- فلت	۱۴۲/۰۵	۱/۳۷	۱۰۳/۰۱	۴۴/۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱
روابط تقابلی گروه	۲۸/۹۸	۲	۱۴/۴۹	۹/۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۱۷	۰/۹۷
کرویت							
بر مشکلات اجتماعی	۲۸/۹۸	۱/۳۷	۲۱/۰۲	۹/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۱۷	۰/۹۱
هیمنه- فلت							

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	مقدار F	P	مجدور اتا	توان آزمون
خطا	۱۳۵/۷۵	۸۶	۱/۵۷				
فرض کرویت							
هیمنه- فلت	۱۳۵/۷۵	۵۹/۲۹	۲/۲۹				
مشکلات تفکر	۴/۴۵	۲	۲/۲۲	۳/۰۹	۰/۰۵۱	۰/۰۶	۰/۵۸
فرض کرویت							
هیمنه- فلت	۴/۴۵	۱/۴۵	۳/۰۷	۳/۰۹	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۴۹
روابط تقابلی گروه بر	۶/۰۵	۲	۳/۰۲	۴/۲۰	۰/۰۱	۰/۰۸	۰/۷۲
فرض کرویت							
هیمنه- فلت	۶/۰۵	۱/۴۵	۴/۱۷	۴/۲۰	۰/۰۳	۰/۰۸	۰/۶۲
خطا	۶۱/۸۸	۸۶	۰/۷۲				
فرض کرویت							
هیمنه- فلت	۶۱/۸۸	۶۲/۳۵	۰/۹۹				
مشکلات توجه	۵۶/۷۶	۲	۲۸/۲۸	۴۲/۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱
فرض کرویت							
هیمنه- فلت	۵۶/۷۶	۱/۸۵	۳۰/۶۷	۴۲/۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱
روابط تقابلی گروه بر	۵۰/۶۸	۲	۲۵/۳۴	۳۸/۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱
فرض کرویت							
هیمنه- فلت	۵۰/۶۸	۱/۸۵	۲۷/۳۹	۳۸/۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱
خطا	۵۷/۱۳	۸۶	۰/۶۶				
فرض کرویت							
هیمنه- فلت	۵۷/۱۳	۷۹/۵۶	۰/۷۱				
رفتار قانون شکنی	۵۵/۶۹	۲	۲۷/۸۴	۵۱/۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
فرض کرویت							
هیمنه- فلت	۵۵/۶۹	۱/۶۸	۳۳/۱۱	۵۱/۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
روابط تقابلی گروه	۵۶/۸۵	۲	۲۸/۴۲	۵۲/۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
فرض کرویت							
هیمنه- فلت	۵۶/۸۵	۱/۶۸	۳۳/۸۰	۵۲/۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
خطا	۴۶/۹۱	۸۶	۰/۵۴				
فرض کرویت							
هیمنه- فلت	۴۶/۹۱	۷۲/۳۱	۰/۶۴				
رفتار پرخاشگرانه	۷۶/۷۰	۲	۳۸/۳۵	۳۰/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۱	۱
فرض کرویت							
هیمنه- فلت	۷۶/۷۰	۱/۹۴	۳۹/۵۲	۳۰/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۱	۱
روابط تقابلی گروه	۲۹/۳۳	۲	۱۴/۶۶	۱۱/۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۹۹
فرض کرویت							
هیمنه- فلت	۲۹/۳۳	۱/۹۴	۱۵/۱۱	۱۱/۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۹۹

منبع	مجموع مجذورات	درجه مجذورات آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	P	مجذور اتا	توان آزمون
خطا	۱۰۷/۰۱	۸۶	۱/۲۴				
فرض							
کرویت							
هیمنه- فلت	۱۰۷/۰۱	۸۳/۴۵	۱/۲۸				
سایر مشکلات رفتاری	۵۶۳/۷۴	۲	۲۸۱/۸۷	۳۲/۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱
فرض							
کرویت							
هیمنه- فلت	۵۶۳/۷۴	۱/۳۳	۴۲۲/۹۶	۳۲/۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱
روابط تقابلی گروه بر	۳۰۹/۳۵	۲	۱۰۴/۶۷	۱۱/۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۹۹
فرض							
کرویت							
هیمنه- فلت	۳۰۹/۳۵	۱/۳۳	۱۵۷/۰۷	۱۱/۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۹۶
سایر مشکلات رفتاری	۷۵۴/۹۱	۸۶	۸/۷۷				
فرض							
کرویت							
هیمنه- فلت	۷۵۴/۹۱	۵۷/۳۱	۱۳/۱۷				

نمرات در زمان های مختلف وجود دارد. به طوری که میانگین نمرات نشان می دهد نمرات آزمودنی ها در مراحل آزمون کاهش یافته است. به طوری که بر اساس مقدار مجذور اتا بین ۲۴ الی ۵۴ درصد از تفاوت میانگین نمرات در روند آزمون ها قابل پیش بینی است.

همچنین مقدار F روابط تقابلی گروه بر مشکلات رفتاری (اضطراب- افسردگی گوشه گیری/افسردگی، شکایات بدنی، مشکلات اجتماعی، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنی، رفتار پرخاشگرانه، سایر مشکلات رفتاری) در سطح معنی داری کوچکتر از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین فرض صفر مبنی بر برابری اثرات تقابلی گروه بر مشکلات رفتاری (اضطراب- افسردگی گوشه گیری/افسردگی، شکایات

بر اساس نتایج تاثیرات درون گروهی آزمودنیها (جدول ۴)، مقدار F حاصل از تحلیل برای مشکلات رفتاری (اضطراب- افسردگی گوشه گیری/افسردگی، شکایات بدنی، مشکلات اجتماعی، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنی، رفتار پرخاشگرانه، سایر مشکلات رفتاری) در سطح معنی داری کوچکتر از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین فرض صفر مبنی بر برابری میانگین نمرات مشکلات رفتاری (اضطراب- افسردگی گوشه گیری/افسردگی، شکایات بدنی، مشکلات اجتماعی، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنی، رفتار پرخاشگرانه، سایر مشکلات رفتاری) در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری رد می شود ($P < 0/001$). بنابراین می توان گفت تفاوت معنی داری بین میانگین

می شود. اما تاثیری در مشکلات تفکر دانش آموزان ندارد.

یافته های بدست آمده با پژوهش های مختلف قبلی همخوان است چنان که گزارش شده است برنامه آموزش تاب آوری در مدیریت و کاهش استرس تاثیر مثبتی دارد و حتی تاثیر بهتری در مقایسه با برنامه مدیریت استرس دارد (روز ۴۸، باکی ۴۹، زوزینک ۵۰، موتیوالا ۵۱، گلنن ۵۲ و همکاران، ۲۰۱۳) و کاهش افسردگی کمک می کند (برونواسر و همکاران، ۲۰۰۹). بیشتر مطالعات انجام شده درباره اثربخشی برنامه تاب آوری در بیماران بوده است. مرور گزارش های قبلی نیز حاکی از آن است که آموزش تاب آوری در نمونه بیماران تاثیر ضعیف تا متوسطی بر تاب آوری و سلامت روانی (لیپین ۵۳، بورا ۵۴، تیلبرت ۵۵، گیونفریدو ۵۶، زبالوس ۵۷ و همکاران، ۲۰۱۴) و ارتقاء کیفیت زندگی، خودکارآمدی در مراقبت در بیماران با شرایط دشوار تاثیر مثبتی دارد (لیپین ۵۸، گین فریدو ۵۹، سود ۶۰، مونتوری ۶۱، اروین ۶۲ و

بدنی، مشکلات اجتماعی، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنی، رفتار پرخاشگرانه، سایر مشکلات رفتاری) رد می شود ($P < 0/05$). به طوری که بر اساس مقدار مجذور اتا ۲۱ الی ۵۴ درصد از تفاوت اثرات تقابلی گروه بر میانگین نمرات قابل پیش بینی است.

بر اساس نتایج تاثیرات درون گروهی آزمودنیها مقدار F حاصل از تحلیل برای مشکلات تفکر در سطح معنی داری بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین فرض صفر مبنی بر برابری میانگین نمرات مشکلات تفکر در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری تائید می شود. همچنین مقدار F روابط تقابلی گروه بر مشکلات تفکر در سطح معنی داری بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین فرض صفر مبنی بر برابری اثرات تقابلی گروه بر مشکلات تفکر تائید می گردد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر که با هدف اثربخشی آموزش تاب آوری بر اختلالات رفتاری نوجوانان صورت گرفت، نشان داد که آموزش برنامه تاب آوری موجب کاهش اختلالات رفتاری (اضطراب و افسردگی، گوشه گیری/افسردگی، شکایات بدنی، مشکلات اجتماعی، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنی، رفتار پرخاشگرانه و سایر مشکلات رفتاری) دانش آموزان نوجوان

⁴⁸ -Rose
⁴⁹ -Buckey
⁵⁰ -Zbozinek
⁵¹ -Motivala
⁵² -Glenn
⁵³ -Leppin
⁵⁴ -Bora
⁵⁵ -Tilburt
⁵⁶ -Gionfriddo
⁵⁷ -Zeballos-Palacios
⁵⁸ -Leppin
⁵⁹ -Gionfriddo

زندگی به عنوان مقاومت و سپر محافظ دارد (لازاروس ۶۹، ۲۰۰۱). یافته های پورسردار، عباسپور، عبدی، زرین، سنگری (۱۳۹۱) نیز بر نقش پیشاینندی متغیر تاب آوری بر پیامدهای سازگاران را تایید نمودند. بنظر می رسد تاب آوری، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده بوجود می آورد که سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار را ممکن می سازد که در نهایت به کاهش مشکلات روانی و سلامت روانی کمک می کند (نجمه و کیخسروانی، بابامیری و دهقانی، ۱۳۹۱؛ سوری، حجازی و سوری نژاد، ۱۳۹۳). همچنین امکان بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط تهدید کننده) تسهیل می کند که به سازگاری موفق در زندگی منجر می شود (ماستن، ۲۰۰۳). درباره عدم اثربخشی آموزش تاب آوری بر مشکلات تفکر دانش آموزان چنین استنباط می شود مشکلات تفکر بواسطه اینکه، بیشتر به جنبه شناختی تاکید دارد نیازمند مداخلات شناختی است. یافته های هر پژوهش با توجه به محدودیت های آن قابل بهره برداری است. بر این اساس یافته ها محدود به جامعه آماری جزیره کیش و همچنین ابزار پژوهشی به کار رفته در آن می باشد.

همکاران، ۲۰۱۴). در مطالعه بر روی نمونه دانش آموز دبیرستانی نشان داد که وجود نقاط قوت و امتیازاتی که افراد در خود احساس می کنند می تواند پیش بینی کننده ی بروز اختلالات رفتاری در آنها باشد. طبق نتایج این پژوهش با افزایش ویژگی های مثبت در نوجوانان (از قبیل عزت نفس، حس یکپارچگی، تاب آوری، هدمندی در زندگی، ارتباط مثبت با همسالان و...) از میزان بروز رفتارهایی مانند مصرف سیگار، الکل، مواد، رفتارهای ضد اجتماع و... کاسته می گردد (بنسون ۶۳ و لفرت ۶۴، ۱۹۹۸).

از نظر فربورگ ۶۵ همدال ۶۶، روزونینگ ۶۷ و مارتین سن ۶۸ (۲۰۰۳) افراد تاب آور انعطاف پذیری بیشتری در مقابل شرایط آسیب زا دارند و خود را در برابر این شرایط حفاظت می کنند. پژوهشگران بر این باورند که تاب آوری به عنوان یک احساس بنیادی از کنترل فرد، امکان ترسیم و دسترسی به فهرستی از راهبردهای از عهده برآیی را نیز خواهد داد که این به نوبه خود نقش مهمی در مواجهه با حوادث فشار زای

60 -Sood

61 -Montori

62 -Erwin

63 -Benson

64 - Leffert

65 - Friborg

66 -Hjemdal

67 - Rosenvinge

68 - Martinussen

69 - Lazarus

سیاسگزاری

حیطه ی کودکان استثنایی، ۶(۱)، ۵۵۸-

۵۲۹

نجمه، حمید، کیخسروانی، مولود، بابامیری، محمد، دهقانی، مصطفی. (۱۳۹۱). بررسی رابطه ی سلامت روان و هوش معنوی با تاب آوری در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، علمی پژوهشی جنتاشاپیر، ۳(۲)، ۳۳۷-۳۳۲.

بدین وسیله از همه دانش آموزان، معلمان و مدیران مدارس که در اجرای این تحقیق همکاری داشتند صمیمانه تقدیر و تشکر می گردد.

تضاد منافع

یافته های این تحقیق هیچ ارتباطی با منافع نویسندگان آن ندارد.

منابع

Benson, P, L. Leffert, N. (1998). Developmental assets: Measurement and prediction of risk behaviors among adolescents, *Journal of Applied Development Science*, 2, 4, 209-230.

Benzie, K., and Mychasiuk, R. (2009). Fostering family resiliency: a review of the key protective factors. *Child and Family Social Work*, 14, pp 103-114.

Brunwasser SM, Gillham JE, Kim ES. (2009). A meta-analytic review of the Penn Resiliency Program's effect on depressive symptoms. *J Consult Clin Psychol*, 77(6), 1042-54. doi: 10.1037/a0017671.

Calzada, E., Eyberg, S., Rich, B. & Querido, J.G. (2004). Parenting disruptive preschoolers: Experiences of mothers and fathers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 2, 203-213.

Castellani, V., Pastorelli, C., Eisenberg, N., Gerbino, M., Di Giunta, L., Ceravolo, R., Milioni, M. (2014). Hostile, aggressive family conflict trajectories during the transition to adulthood: Associations with adolescent Big Five and emerging adulthood adjustment problems. *J Adolesc*, 37(5), 647-58.

پورسردار، فیض اله، عباسپور، ذبیح اله، عبدی زرین، سهراب، سنگری، علی اکبر. (۱۳۹۱). تأثیر تاب آوری بر سلامت روانی و رضایت از زندگی، یک الگوی روان شناختی از بهزیستی، ۱۴(۱)، ۸۹-۸۱.

سوری، حسین؛ حجازی، الهه و سوری نژاد، محسن. (۱۳۹۳). رابطه تاب آوری و بهزیستی روان شناختی: نقش واسطه ای خوش بینی. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۱۵(۱)، ۱۵-۵.

غباری بناب، باقر؛ پرند، اکرم؛ خازنده فیروز جاه، عباسعلی حسین؛ موللی، گیتی و نعمتی، شهرزاد. (۱۳۸۸). میزان شروع مشکلات رفتاری دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۹(۳)، ۲۳۸-۲۲۳.

مینایی، اصغر. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه ی رفتار کودک آشنابخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. پژوهش در

- McConnell, D., Savage, A., & Breitzkreuz, R. (2014). Resilience in families raising children with disabilities and behavior problems. *Research In Developmental Disabilities*, 35(4), 833-848.
- Miller, F., Osbahr, H. Boyd, E. Thomalla, F. Bharwani, S. Ziervogel, G. Walker, B. Birkmann, J. Vander, L. S. Rockstrom, J. Hinkel, J. Downing, T. Folke, C & Nelson, D. (2010). Misbehavior and emotional exhaustion: The importance of teacher efficacy belief and emotion regulation, *Educational Psychology*, 30, 2, 173-189.
- Noone, S., J. Hastings, R., P. (2009). Building psychological resilience in support staff caring for people with intellectual disabilities: Pilot evaluation of an acceptance- based intervention. *Journal of Intellectual Disabilities*, 13, 1, 43-51.
- Pachucki, MC., Ozer, EJ., Barrat, A., Cattuto, C. (2014). Mental health and social networks in early adolescence: A dynamic study of objectively-measured social interaction behaviors. *Soc Sci Med*, 15.
- Peng, L., Li, M., Zuo, X., Miao, Y., Chen, L., Yu, Y., Liu, B., Wang, T. (2014). Application of the Pennsylvania resilience training program on medical students. *Personality and Individual Differences*, 61-62, 47-51.
- Resurrección, DM., Salguero, JM., Ruiz-Aranda, D. (2014). Emotional intelligence and psychological maladjustment in adolescence: a systematic review. *J Adolesc*, 37(4), 461-72.
- Rose RD, Buckey JC Jr, Zbozinek TD, Motivala SJ, Glenn DE, Cartreine JA, Craske MG. (2013). A randomized controlled trial of a self-guided, Copeland, WE., Shanahan, L., Costello, EJ., Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 66(7), 764-72.
- Diamantopoulou, S., Verhulst, FC., van der Ende, J. (2010). Testing developmental pathways to antisocial personality problems. *J Abnorm Child Psychol*, 38(1), 91-103.
- Friborg, O. Hjemmdal, O. Rosenving, J., H. Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resource behind healthy adjustment?, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 2, 65- 76.
- Lazarus, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *Journal of American Psychology*, 56, 227- 238.
- Leppin, AL., Bora, PR., Tilburt JC, Gionfriddo MR, Zeballos-Palacios C, Dulohery MM, Sood, A., Erwin PJ, Brito JP, Boehmer KR, Montori VM. The efficacy of resiliency training programs: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PLoS One* 2014;9(10):e111420.
- Leppin AL, Gionfriddo MR, Sood A, Montori VM, Erwin PJ, Zeballos-Palacios C, Bora PR, Dulohery MM, Brito JP, Boehmer KR, Tilburt JC. (2014). The efficacy of resilience training programs: a systematic review protocol. *Syst Rev*, 3:20.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Masten, A, S. (2003). Regulatory processes, risk and resilience in adolescent development, *Annals of the New York Academy of Science*, 1021, 310-319.

to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomology. *Journal of American College Health*, 54, 4, 445-453.

Zargar, Y., Mohammadi Bahramabadi, R., & Bassak Nagad, S. (2012). A study of family processes as predictors of behavior problems among second grade high school.

multimedia, stress management and resilience training program. *Behav Res Ther*. 2013 Feb;51(2):106-12.

Steensma, H. Hejer, M, D & Stallen, V. (2007). Effect of resilience training on the redutch workers. *Quarterly of Community Health Education*, 27, 2, 145- 159.

Steinhard, T., M & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention