

اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بی‌توجهی و تکانشگری در کودکان دارای ADHD

محسن نقی زاده^{۱*}، توحید مرادی^۲، نرگس پورطالب^۳

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، موسسه تحصیلات تکمیلی رشدیه، تبریز، ایران رایانامه: mohsennaghizadeh85@gmail.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، موسسه تحصیلات تکمیلی رشدیه، تبریز، ایران.

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، موسسه تحصیلات تکمیلی رشدیه، تبریز، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۱۵

چکیده:

یکی از مشکلات کودکان ADHD کمبود تاب‌آوری است. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بی‌توجهی و تکانشگری در کودکان ADHD بود. این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه علائم مرضی کودک (اسپرافکین-گادو)، مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون و همچنین از بسته آموزش تاب‌آوری هندرسون-میلستین استفاده شد. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان پسر مدارس ابتدایی شهر تبریز بود. حجم نمونه ۳۰ نفر بودند که به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش ۱۲ جلسه برنامه آموزش تاب‌آوری را دریافت کردند، اما به گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی ارائه نشد. هر دو گروه پرسشنامه تاب‌آوری را قبل و بعد از مداخله تکمیل کردند و داده‌های به‌دست‌آمده از تحقیق با روش‌های آمار توصیفی، آمار استنباطی و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-25 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که آموزش تاب‌آوری، میزان بی‌توجهی و تکانشگری را در کودکان ADHD کاهش داد. بنابراین پیشنهاد می‌شود از آموزش تاب‌آوری به‌عنوان یک روش آموزشی-درمانی، برای کودکان ADHD استفاده شود. **کلیدواژه‌ها:** بی‌توجهی، بیش‌فعالی/نقص توجه، تکانشگری، تاب‌آوری، ADHD کودکان.

استناد به این مقاله:

نقی زاده، محسن؛ مرادی، توحید؛ پورطالب، نرگس. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بی‌توجهی و تکانشگری در کودکان دارای ADHD. *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۲۰(۴)، ۱۱۹-۱۲۹.

doi: 10.22051/jontoe.2023.41478.3643

مقدمه

یکی از فراگیرترین و ناتوان‌کننده‌ترین مشکلات روان‌شناختی در حوزه کودکان، اختلالات رفتاری است (گیلبرگ، ۲۰۰۳). یکی از اختلالات رفتاری دوران کودکی، اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه است که اختلالی مزمن و آسیب‌زاست و از کودکی تا بزرگسالی ادامه می‌یابد؛ اختلالی که با مجموعه‌ای از علائم کمبود توجه و رفتار تکانه‌ای قابل تشخیص بوده (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰) و دارای سه نوع مختلف نقص توجه، بیش‌فعالی و مدل ترکیبی (بارکلی، ۲۰۰۳)؛ در نوع اول، فقط علائم توجه و تمرکز وجود دارد. در نوع دوم، علائم مربوط به پرتحرکی و رفتارهای تکانه‌ای، تابلوی بالینی اختلال را تشکیل می‌دهد و در نوع سوم هم علائم پرتحرکی و هم اختلال در توجه و تمرکز قابل تشخیص است. نوع مختلط یا ترکیبی بیشترین شیوع و نوع نقص توجه، کمترین شیوع نوع اختلال را دارند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰). اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه جنبه‌های متعددی از حوزه‌های عملکردی فرد را دچار نقص می‌کند، به‌طوری که راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۲۰۲۴) آن را به‌عنوان یک نوع اختلال مزمن شدید در تحول روانی و الگوی پایدار نقص توجه و تکانشگری قلمداد می‌کند که در بین کودکان حدود ۷٪ درصد شیوع دارد و در بین پسران دو تا سه برابر بیشتر از دختران است. انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱ (۲۰۲۴) عنوان کرده است که نشانه‌های ADHD^۲ در کودکان، شامل سطوح مختلف نامناسب رشدی، بی‌توجهی یا تکانشگری است که ممکن است در چندین موقعیت بر مبتلایان تأثیر بگذارد، برای نمونه، در خانه و مدرسه. این کودکان برای حفظ دوستی‌ها تلاش می‌کنند (هوزا، ۲۰۰۷، ریزو و بوچارد، ۲۰۱۹/۱۴۰۱)، پیشرفت‌های تحصیلی پایین‌تری دارند (بایدرمن و دیگران، ۲۰۰۴) و در معرض خطر بیشتری برای تصادف یا آسیب هستند (لانگ و دیگران، ۲۰۱۲)؛ آنها اغلب به حمایت بیشتری از طرف والدین و معلمان نیاز دارند، به خصوص در مورد مدیریت علائم و رفتارهای ADHD (نیگ و بارکلی، ۲۰۱۴).

کودکان ADHD شاید در یادگیری مشکلی نداشته نباشند، ولی در عملکردهایی مثل سازماندهی و تمرکز ضعیف عمل می‌کنند. اگر دانش‌آموزان دارای این اختلال به موقع درمان مناسبی را دریافت نکنند، با پیشرفت تحصیلی پایین، ناسازگاری اجتماعی و هیجانی، مردودشدن و حتی اخراج از مدرسه مواجه می‌شوند. حائز اهمیت است که مشکلات این کودکان در دوران کودکی می‌تواند نتایج نامطلوبی را در آینده پیش‌بینی کند، از جمله ترک تحصیل، مشکلات تحصیلی در مدرسه، فرار از مدرسه، سوء مصرف مواد، بزهکاری (لیرد و دیگران، ۲۰۰۵) و ناسازگاری روانی (وودوارد و فرگوسن، ۲۰۰۰).

به‌طور کلی، ادبیات فعلی حاکی از آن است که کودکان دارای این اختلال، به‌طور پیوسته با چالش‌هایی در زمینه مهارت‌های تاب‌آوری مواجه می‌شوند (کلیمی و هنلی، ۲۰۱۶) و در صورت عدم درمان موجب می‌شود تا در سنین بزرگسالی نیز با ضعف در عملکرد تاب‌آوری، به ضعف در فعالیت‌های آموزشی و تحصیلی، شکست در زمینه کاری و روی آوردن به مصرف مواد مخدر و الکل، پرخاشگری، اضطراب و افسردگی دچار شوند (آرودا و دیگران، ۲۰۱۹). (فخری و همکاران، ۱۴۰۱)

یکی از مهمترین زمینه‌های نگرانی که در مورد کودکان دارای ADHD به خوبی مستند شده، در حوزه تاب‌آوری است. کودکان دارای اختلال ADHD افزون بر بیش‌فعالی و تمرکز روی مسائل و موضوعات تحصیلی، اجتماعی و دوست‌یابی، از تاب‌آوری پایینی نیز برخوردارند (ژیا، ۲۰۱۸). به طوری که نتایج پژوهش برنارد و دیگران (۲۰۱۸) نشان داد که کودکان بیش‌فعال، تاب‌آوری پایینی داشته و احتمال شکست آنها بیشتر از کودکان عادی می‌باشد. کوپرولو و دیگران (۲۰۱۵) نیز در پژوهشی به این یافته رسیدند که تاب‌آوری پایین در کودکان بیش‌فعال، موجب گرایش آنها به مصرف مواد مخدر می‌شود. از آنجایی که رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر در سال‌های اخیر، با هدف بهبود توانایی‌ها و استعدادها، توجه خود را روی معرفی سازه‌هایی قرار داد که بیشترین تطابق را با نیازهای زندگی داشته و موجب افزایش شادی و بهزیستی روانی افراد شوند (ماستوراس و دیگران، ۲۰۱۸). بنابراین سازه تاب‌آوری، جایگاه خوبی در حوزه‌های

1. American Psychiatric Association (APA)

2. Attention Deficit /Hyperactivity Disorder (ADHD)

بهداشت روانی و روان‌شناسی تحولی پیدا کرد که به‌عنوان یک توانایی با هدف انطباق موفقیت‌آمیز با شرایط محیطی دیگر، علی‌رغم تهدیدآمیز بودن آن محیط اشاره داشت (بایات و جامینا، ۲۰۱۹).

از کاهش میزان تاب‌آوری در برابر رویدادها و شرایط زندگی، به‌عنوان عاملی جهت به وجود آمدن فشار روانی و اضطراب یاد شده است. در حالی که تاب‌آوری موجب تشکیل عاطفه مثبت شده و به این ترتیب، با تقویت عزت نفس و خودکارآمدی به‌عنوان مکانیسم، به سازگاری مثبت و سلامت روانی فرد منجر گردیده است؛ بنابراین افرادی که دارای سلامت روانی بالایی هستند، در مقابل کسانی که از این ویژگی برخوردار نیستند، توانایی سازگاری بیشتری را با مشکلات خواهند داشت (استاورو و کورکوتاس، ۲۰۱۷).

نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که تاب‌آوری از طریق تعدیل و کمرنگ کردن عواملی همچون اضطراب، تنیدگی و افسردگی، تضمین کننده سلامت روانی افراد است و برای افزایش سطح شایستگی و تاب‌آوری کودکانی که از اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی رنج می‌برند، می‌بایست بر راهبردهایی برای اصلاح و جبران کردن این اختلال متمرکز شد (بلائوستین و کینیبورگ، ۲۰۱۸). بنابراین، آموزش مؤلفه‌های تاب‌آوری به افراد، از طریق مداخله و برنامه‌های آموزشی امکان‌پذیر است، رویکرد مبتنی بر روان‌شناسی مثبت، ویژگی‌ها و مهارت‌های منحصر به فرد کودکان دارای اختلال ADHD را برجسته می‌کند و دیدگاه تعدیل‌شده‌تری را نسبت به آنها ارائه می‌دهد و به روان‌شناسان و معلمان کمک می‌کند تا توصیه‌های استراتژیک بهتری برای کاهش برخی از چالش‌های رفتاری ارائه دهند (کلیمی و هنلی، ۲۰۱۶).

از آنجایی که پژوهش کومبرلند و دیگران (۲۰۰۴) نشان داده است که تاب‌آوری با تکانشگری رابطه‌ای معکوس دارد؛ و همچنین در پژوهش صدری و دیگران (۲۰۱۸) اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر دانش‌آموزان دارای رفتار تکانشگری به اثبات رسیده است. طبق نتایج به‌دست آمده از پژوهش سمپل و دیگران (۲۰۱۰) مشخص گردیده است که افزایش توجه، باعث بالا رفتن تاب‌آوری در کودکان می‌شود. نتایج پژوهش محمدی شمیرانی و دیگران (۲۰۲۰) نشان داده که آموزش تاب‌آوری با محوریت بازی، بر سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های آن (بیش‌فعالی، پرخاشگری و اختلال کمبود توجه) تأثیر مثبت معناداری داشته است.

تا کنون اثربخشی آموزش تاب‌آوری، بر روی متغیرهای روان‌شناختی متنوعی از جمله، کاهش نشانه‌های افسردگی، تغییر در سبک‌های اسنادی غیرانطباقی و نگرش نسبت به ناکامی مورد بررسی قرار گرفته است (باچانان و دیگران، ۱۹۹۹). همچنین اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش نشانه‌های متغیرهایی نظیر اضطراب، پرخاشگری، افزایش خودکارآمدی و عزت نفس، مورد پژوهش قرار گرفته است (گیلهم و دیگران، ۲۰۰۸)؛ اما بیشتر این مطالعات و مداخلات، در حوزه سنی بزرگسالی بوده و یا در مورد کودکانی به‌کار برده شده است که مشکل نقص توجه/ بیش‌فعالی نداشته‌اند؛ اما تأثیر آموزش تاب‌آوری بر روی کودکانی که دارای اختلال ADHD هستند، مورد تحقیق قرار نگرفته بود؛ با توجه به موارد یاد شده، ضرورت انجام این پژوهش در این زمینه بیشتر احساس می‌شد. با این وصف، ما در این پژوهش به دنبال پاسخ به این پرسش بودیم که آموزش تاب‌آوری بر میزان بی‌توجهی و تکانشگری در کودکان ADHD چه تأثیری دارد؟

روش‌شناسی پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی است که برای آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد و به لحاظ مدت اجرای آن یک بررسی مقطعی بود. در این پژوهش آموزش تاب‌آوری به‌عنوان متغیر مستقل و بی‌توجهی و تکانشگری به‌عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شد. جامعه آماری تحقیق حاضر را دانش‌آموزان پسر دارای اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه که در مقطع ابتدایی در شهر تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۱/۱۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند تشکیل دادند. با توجه به نیمه‌آزمایشی بودن پژوهش بر طبق نظر پاتون (۲۰۰۲) و سکاران (۲۰۰۳) حجم نمونه شامل ۳۰ نفر از کودکان پسر ۷-۱۲ ساله دارای اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس پس از هماهنگی با مدارس ابتدایی تبریز به تکمیل پرسشنامه و اجرای آزمون پرداخته شد.

ابتدا پرسشنامه علائم مرضی کودک توسط معلمان تکمیل گردید. در این پرسشنامه درباره رفتار مشاهده شده از دانش‌آموزان در کلاس درس، معلمان نظر دادند. سپس پرسشنامه‌های یادشده مورد نمره‌گذاری و تحلیل قرار گرفت و ۳۰ نفر از دانش‌آموزانی که طبق نمره‌گذاری، علائم ADHD را داشتند انتخاب شدند و در ادامه، میانگین این نمرات در پرسشنامه‌ها (میانگین بین نمره متغیر بی‌توجهی و نمره متغیر تکانشگری) از بیشترین به کمترین لیست شد و به صورت یک در میان، به طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند، در هر گروه ۱۵ نفر حضور داشتند که شامل یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل بودند و با کسب رضایت از والدین و مربیان آنها به اجرای آزمون تاب‌آوری کانر- دیویدسون بر روی هر دو گروه دانش‌آموزان پرداخته شد. بعد از نمره‌گذاری پرسشنامه تاب‌آوری، بسته آموزشی تاب‌آوری فقط برای گروه آزمایش ارائه شد.

ابزار پژوهش

در پژوهش حاضر از پرسشنامه علائم مرضی کودک، مقیاس تاب‌آوری کانر- دیویدسون، و همچنین از بسته آموزش تاب‌آوری هندرسون - میلستین استفاده شد.

پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4): به منظور دستیابی به هدف پژوهش از پرسشنامه علائم مرضی کودکان فرم معلم، استفاده شد. آخرین ویرایش سیاهه علائم مرضی کودکان (CSI-4) دارای دو چک‌لیست والدین (۹۷ گویه) و معلمان (۷۷ گویه) است که بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرتی (هرگز، گاهی اوقات، اغلب اوقات، همیشه) طراحی و از هرگز (۱) تا همیشه (۴) نمره‌گذاری شده است (شیرجنگ و دیگران، ۲۰۱۸).

این پرسشنامه برای تشخیص اختلالات رفتاری کودکان شامل بیش‌فعالی/نارسایی توجه، نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، افسردگی اساسی، افسرده‌خویی، هراس اجتماعی و اضطراب جدایی به کار می‌رود. ۱۸ گویه اول این پرسشنامه مربوط به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است که گویه‌های ۱ تا ۹ آن علائم نه‌گانه بی‌توجهی و گویه‌های ۱۰ تا ۱۸ آن علائم نه‌گانه بیش‌فعالی را ارزیابی می‌کنند که بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرتی (هرگز، گاهی اوقات، اغلب اوقات، همیشه) طراحی و برای هرگز و گاهی اوقات نمره صفر و برای اغلب اوقات و همیشه نمره ۱ نمره‌گذاری شده است، که اگر جمع نمرات آزمودنی ۶ و بیشتر از ۶ باشد تشخیص‌گذاری می‌شود (شیرجنگ و دیگران، ۲۰۱۸). این پرسشنامه توسط فرزند و دیگران (۲۰۱۱) در ایران هنجاریابی شده است، به همین منظور ۳۰۰ نفر (۱۳۲ دختر و ۱۶۸ پسر) از کودکان خیابانی که در سال ۸۹-۱۳۸۸ مشغول به تحصیل در مرکز نگهداری کودکان کار و خیابان واقع در شهر کرج بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه علائم مرضی کودکان که شامل دو فرم والد و معلم می‌باشد و همچنین پرسشنامه افسردگی ماریاکواکس بر روی آزمودنی‌ها اجرا گردید و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان دادند که مقدار ضریب روایی همگرایی خرده مقیاس افسردگی فرم والد آزمون با آزمون افسردگی ماریاکواکس ۰/۳۰ و مقدار ضریب روایی همگرایی خرده مقیاس افسردگی فرم معلم آزمون با آزمون افسردگی ماریاکواکس ۰/۴۵ است که نشان می‌دهد مقیاس علائم مرضی کودکان از روایی قابل قبولی برخوردار است. چرخش عامل‌ها به شیوه واریماکس نشان می‌دهد که ساختار نظری فرم معلم پرسشنامه از ۷ عامل (بیش‌فعالی، نافرمانی، سلوک، اضطراب فراگیر، افسردگی، اسکیزوفرنی و اتیسم) اشباع شده است که روی هم ۵۳/۱۱ درصد واریانس کل پرسشنامه را تبیین می‌کنند. مقدار ضریب اعتبار به روش همابستگی درونی برای فرم والد ۰/۹۴ و برای فرم معلم ۰/۹۶ است. همچنین همبستگی‌های متقابل خرده مقیاس‌های دو فرم والد و معلم معنادار هستند.

مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون^۱ (CD-RESC). برای سنجش تاب‌آوری از مقیاس کانر-دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه: جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر، و دو گروه از افراد دارای اختلال استرس پس از ضربه، انجام شده است (آذرمی و بخشی، ۲۰۲۱). سازندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به‌خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور را از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به‌کار برده شود (محمدی، ۲۰۰۵). پرسشنامه تاب‌آوری کانر-دیویدسون ۲۵ گویه دارد و هدف آن سنجش میزان تاب‌آوری بر اساس مؤلفه‌های شایستگی/استقامت شخصی (-۲۴ ۱۶-۱۷-۲۳-۱۰-۲۵-۱۱-۱۲)، استحکام غرایز شخصی (۱۴-۱۹-۷-۶-۱۵-۱۸-۲۰)، تحمل عواطف منفی (۸-۲-۵-۴-۱)، مهار (۲۲-۲۱-۱۳) و معنویت (۹-۳) در افراد مختلف است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت می‌باشد، که در یک مقیاس بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) پاسخ داده می‌شود. برای نمره‌گذاری، مجموع امتیازات همه سؤالات را با هم جمع می‌شوند؛ هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ‌دهنده خواهد بود و برعکس. نقطه برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ می‌باشد. به عبارتی، نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هرچه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و برعکس. نمرات مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیهان، همبستگی منفی معناداری داشتند که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است (رحیمیان و اصغرنژاد، ۲۰۰۸). اگرچه حداقل ۱۵ ابزار مختلف برای اندازه‌گیری تاب‌آوری وجود دارد، در این میان مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون بیشترین استفاده را دارد و دارای سازگارترین ویژگی‌های روان‌سنجی است، این مقیاس در پژوهش‌هایی که بر روی گروه‌های سنی بالا مورد استفاده قرار گرفته، کیفیت روان‌سنجی متوسطی را ارائه کرده، ولی برخی از مطالعات بین‌المللی در استرالیا، چین و آفریقای جنوبی بر روی گروه‌های سنی پایین کودک و نوجوان متمرکز شده و کیفیت بسیار مطلوبی گزارش کرده‌اند (کانسینو و دیگران، ۲۰۲۲). این پرسشنامه در مطالعات مختلفی در ایران اعتباریابی شده است، اعتبار (همسانی درونی) پرسشنامه تاب‌آوری کانر-دیویدسون قابل قبول بود و ضریب آلفای کرونباخ کل سؤالات ۰/۸۸ بدست آمد (اسدی و جعفری روشن، ۲۰۱۳). همچنین این مقیاس در ایران توسط محمدی (۲۰۰۵) هنجاریابی شده است و برای تعیین روایی این مقیاس، نخست همبستگی هر نمره با نمره کل ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد؛ سپس گویه‌های مقیاس به روش مؤلفه اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند؛ برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به‌دست آمد (محمدی، ۲۰۰۵).

بسته آموزش تاب‌آوری هندرسون-میلستین^۲: در این تحقیق برنامه آموزش تاب‌آوری شامل دوازده جلسه آموزش مستقیم به روش سخنرانی بود که برگرفته از برنامه آموزش تاب‌آوری هندرسون-میلستین (۲۰۰۳) است. این برنامه برای اولین بار در سال ۱۹۹۷، برای ایجاد مدارس امن در آمریکا با همکاری کروتز و انستیتوی پژوهش، تدوین شد و بر روی دانش‌آموزان اجرا گردید. چرخه تاب‌آوری در این مدل عبارت بود از: فراهم‌سازی مهربانی و حمایت، طراحی و ارتباط‌سازی برای افزایش امیدواری، فراگرفتن مهارت‌های زندگی، داشتن دل‌بستگی‌های مثبت، مرزبندی شفاف و سازگار، فرصت‌سازی برای مشارکت معنادار (زرین کلک، ۲۰۱۰). محتوای جلسات آموزش تاب‌آوری هندرسون-میلستین (۲۰۰۳) به شرح زیر بود:

جدول شماره ۱. محتوای جلسات بسته مداخله‌ای آموزش تاب‌آوری برای گروه آزمایش

جلسه	عنوان	موضوع	روش اجرا	زمان
۱	آشنایی با مخاطبان	تعریف تاب‌آوری و ارتباط آن با ADHD	سخنرانی، پرسش و پاسخ	۶۰ دقیقه
۲	خودآگاهی	آگاهی نسبت به توانمندی‌های خود	بحث گروهی، بارش فکری، داستان‌گویی	۹۰ دقیقه
۳	ارزشمندی	تقویت عزت نفس	بارش فکری، بازی	۹۰ دقیقه
۴	ارتباط مؤثر	ارتقاء توانایی افراد در برقراری ارتباط	تمرین و بازی، خیال‌پردازی هدایت‌شده، ایفای نقش	۹۰ دقیقه
۵	پیوندجویی	برقراری روابط اجتماعی و دوست‌یابی	بارش فکری، خیال‌پردازی هدایت‌شده	۹۰ دقیقه
۶	آینده‌نگری	تعیین هدف و چگونگی دست‌یابی به آن	بحث گروهی، بارش فکری	۹۰ دقیقه
۷	تصمیم‌گیری	خودکارآمدی در اتخاذ تصمیم درست در زندگی	سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی	۹۰ دقیقه
۸	حل مسئله	خودکارآمدی در حل مسائل زندگی	بارش فکری، خیال‌پردازی هدایت‌شده	۹۰ دقیقه
۹	مسئولیت‌پذیری	خودکارآمدی در قبول و انجام مسئولیت	بارش فکری، تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده	۹۰ دقیقه
۱۰	کنترل هیجان	مدیریت خشم، اضطراب و استرس	داستان‌گویی، بازی نقش، تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده	۹۰ دقیقه
۱۱	معنابخشی	تقویت حس معنویت برای پرورش عامل انگیزشی	پرسش و پاسخ، بحث گروهی، بارش فکری	۹۰ دقیقه
۱۲	آگاهی‌بخشی	افزایش آگاهی در زمینه خطرات، پیامد کارها و محافظت در دوران کودکی	پرسش و پاسخ، بحث گروهی، بارش فکری	۹۰ دقیقه

یافته‌های پژوهش

میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر ۹/۴۳ سال بود که توزیع فراوانی میزان سن در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که از این تعداد ۳ نفر هفت ساله، ۳ نفر ده ساله و ۳ نفر دوازده ساله بودند و همچنین از گروه‌های سنی هشت، نه و یازده سال هفت نفر حضور داشتند. براساس یافته‌ها، میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش ($10/13 \pm 1/30$) و گروه کنترل ($11/69 \pm 1/93$) سال بود؛ بنابراین می‌توان گفت که دو گروه از نظر سن تفاوت چندانی باهم نداشتند.

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری، بی‌توجهی و تکانشگری در دو گروه

گروه مؤلفه‌ها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین $\pm$ انحراف معیار		میانگین $\pm$ انحراف معیار	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
تاب‌آوری	$43/20 \pm 9/89$	$59/60 \pm 14/45$	$41/53 \pm 9/03$	$42/73 \pm 10/01$
بی‌توجهی	$4/67 \pm 2/66$	$3/33 \pm 2/35$	$4/13 \pm 2/61$	$4/47 \pm 2/20$
تکانشگری	$7/20 \pm 2/00$	$5/20 \pm 2/00$	$5/73 \pm 2/86$	$5/60 \pm 2/35$

نتایج به‌دست آمده در جدول شماره ۲ نشان داد که میانگین نمرات پس‌آزمون نسبت به نمرات پیش‌آزمون در آزمودنی‌های گروه آزمایش، تغییرات معناداری داشته است در حالی‌که در نمرات گروه کنترل تغییر محسوسی دیده نشد. همچنین براساس یافته‌ی ضمنی تحقیق، کودکان شرکت‌کننده هر دو گروه، در پیش‌آزمون تاب‌آوری دارای سطح میانگین مشابهی بودند، ولی در پس‌آزمون شرکت‌کنندگان گروه آزمایش دارای سطح میانگین بالاتری نسبت به شرکت‌کنندگان گروه کنترل بودند.

همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش، شاخص‌های کجی و کشیدگی نمرات در دامنه (± 2) و نتایج آزمون کالموگراف-اسمیرنوف (K-S) حاکی از این بود که توزیع داده‌ها برای بی‌توجهی و تکانشگری برای هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال است ($p < 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از برقراری این پیش‌فرض برای متغیرها بود و نیز پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیونی و وجود رابطه‌ی خطی بین متغیر همپراش و متغیر وابسته

رعایت شده بود. باتوجه به برقراری شروط تحلیل کوواریانس، با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش (کمکی) طی تجزیه و تحلیل، نتایج زیر به‌دست آمد.

جدول شماره ۳. تحلیل کوواریانس متغیر بی‌توجهی

متغیر گروه	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اندازه اثر
آزمایش	۱۹/۰۸	۱	۲۰/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹
تعدیل شده	۱۳/۸۲	۵	۱۵/۱۳	۰/۰۰۰	۰/۸۹۴
خطا	۰/۹۱۳	۹			
کل	۲۴۴/۰۰۰	۱۵			

جدول شماره ۴. تحلیل کوواریانس متغیر تکانشگری

متغیر گروه	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اندازه اثر
آزمایش	۱۵/۵۷	۱	۲۳/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۷۲۳
تعدیل شده	۱۰/۰۸	۵	۱۵/۲۴	۰/۰۰۰	۰/۸۹۴
خطا	۰/۶۶۲	۹			
کل	۴۶۲/۰۰۰	۱۵			

نتایج به‌دست آمده از تحلیل کوواریانس در جداول شماره ۳ و ۴ نشان داد که ارائه بسته آموزش تاب‌آوری به گروه آزمایش، منجر به تفاوت معنادار در نمرات گروه آزمایش در میزان بی‌توجهی و تکانشگری شده است؛ ضریب اتا یا اندازه اثر آموزش تاب‌آوری برای متغیر بی‌توجهی برابر ۰/۶۹ با $F=۲۰/۸۹$ و اندازه اثر برای متغیر تکانشگری برابر ۰/۷۲ با $F=۲۳/۵۳$ بود. بنابراین، آموزش بسته تاب‌آوری هندرسون-میلستین، سبب کاهش میزان بی‌توجهی و تکانشگری کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی شده است.

نتیجه‌گیری و بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بی‌توجهی و تکانشگری در کودکان دارای اختلال ADHD بود. در این خصوص، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش تاب‌آوری تأثیر معناداری بر معیارهای اصلی ADHD داشت و سبب کاهش میزان بی‌توجهی و تکانشگری کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه شده است. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش‌هایی بود که نشان داده بودند آموزش تاب‌آوری موجب کاهش اضطراب، افسردگی، احساس تنهایی و فشار روانی افراد می‌شود (کاوه، ۲۰۰۹؛ ویلیامز، ۲۰۰۴؛ منصوریان و همکاران، ۲۰۱۴؛ استینهارد، ۲۰۰۸؛ نئنان، ۲۰۰۹؛ لوپرینز و همکاران، ۲۰۱۱؛ کینف و همکاران، ۲۰۱۱ و وانگ و همکاران، ۲۰۲۳).

از دلایل اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش مؤلفه‌های ADHD ممکن است مطرح کردن ایجاد راهبردهای کنار آمدن و سازوکارهای دفاعی بهتر، دلیل خوبی باشد. اغلب این مداخله‌ها در سبک اسناد افراد تغییراتی ایجاد می‌کنند. افراد با تاب‌آوری بالا در مقابل رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی، ابراز وجود و اعتماد به‌نفس برخورد می‌کنند. در نتیجه این رویدادها را قابل کنترل می‌بینند. نگرش‌های خوشبینانه پردازش اطلاعات را مؤثرتر می‌سازد و فرد راهبردهای مقابله فعال بیشتری را به‌کار می‌گیرد و توان کنار آمدن با شرایط دشوار افزایش می‌یابد. بنابراین، تاب‌آوری انعطاف‌پذیری فرد را افزایش می‌دهد و این ویژگی باعث افزایش سازگاری افراد با شرایط مختلف می‌گردد (حسینی و سلیمی، ۲۰۱۱).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که انجمن روان‌شناسان آمریکا تاب‌آوری را این‌گونه تشریح می‌کند: فرایندی که به موقعیت اولیه بازمی‌گردد و در اصطلاح روان‌شناختی به معنی توانایی بهبود سریع بعد از بیماری‌های روان‌شناختی است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳).

همچنین در تحقیق کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) که در آن به تأثیرات و پیامدهای تاب‌آوری اشاره کرده‌اند؛ مشخص گردید که داشتن تاب‌آوری، سبب پیشگیری از عود و مزمن شدن نشانه‌های استرس، کیفیت زندگی و بهزیستی می‌شود. در کودکان ADHD نیز زمانی که شخص دچار کمبود توجه و یا موقعیت تحریک‌زا می‌شود، داشتن تاب‌آوری به او اجازه بروز این اختلال را نمی‌دهد؛ چرا که تاب‌آوری فرایندی است که توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز فرد در برابر فشارهای روانی را افزایش داده و در نتیجه اثرات فشارهای روانی افراد را کاهش می‌دهد.

با توجه به پژوهش‌های همسو می‌توان گفت که در روان‌شناسی مثبت به جای تمرکز بر آسیب‌شناسی، عقیده بر این است که با تأکید بر مقاومت درونی، مکانیسم‌های مقابله‌ای و مثبت‌اندیشی می‌توان به انسانها کمک کرد تا با شرایط زندگی پیچیده، دشوار و استرس‌آور و با فقدان‌ها و دردها سازگار شوند و از آنها نجات یابند. روان‌شناسی مثبت به جای تأکید بر درد و رنج می‌آموزد که چگونه می‌توان شاد بود و چگونه می‌توان به امیدواری دست یافت. در حرکت از سوی دیدگاه بیماری محور به سوی دیدگاه سلامت‌محور، روان‌شناسی مثبت با شعار تمرکز و پرورش توانمندی، فضیلت و هیجان مثبت نقش بسزایی در پژوهش‌های مختلف داشته است.

نتایج این تحقیق نشان داد که آموزش تاب‌آوری بر میزان بی‌توجهی و تکانشگری در کودکان دارای اختلال ADHD مؤثر بود. با این وجود، در طی مسیر پژوهش، محدودیت‌هایی نیز وجود داشت، از جمله اینکه اجرای پژوهش به علت همزمانی با شیوع کرونا، به صورت حضوری سخت و با چالش‌هایی همراه بود. عدم درک کامل پاسخگویان کودک نسبت به سؤالات پرسشنامه تاب‌آوری از چالش‌های دیگر پژوهش بود، که در این خصوص محققان سعی نمودند در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها حتماً حضور داشته باشند و توضیحات لازم را در این خصوص ارائه نمایند. همچنین در این پژوهش از پرسشنامه‌ها استفاده گردید و چون پرسشنامه جنبه خودسنجی و دیگرسنجی دارند، احتمال هر گونه سوگیری در پاسخگویی آنها وجود دارد.

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش، می‌توان پیشنهاد کرد که مداخله مبتنی بر آموزش تاب‌آوری، به عنوان یکی از آموزش‌های مؤثر بر اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه، این توان را دارد که در مراکز آموزشی و بالینی به کار گرفته شود؛ بنابراین باید تدابیری نسبت به به کارگیری مستمر بسته آموزش تاب‌آوری برای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه -مخصوصاً در مراحل اولیه تشخیص اختلال- در نظر گرفته شود. همچنین با توجه به کمبود پیشینه مطالعاتی در خصوص تأثیر تاب‌آوری بر متغیرهای بی‌توجهی و تکانشگری، پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری در خصوص شفاف‌سازی و تأثیر بیشتر بسته‌های مختلف آموزش تاب‌آوری انجام گیرد و نیز پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شهرها و فرهنگ‌های دیگر ایران، بر روی پسران و دختران انجام گیرد.

References

- American Psychiatric Association (2024). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arruda, M., Arruda, R., Bigal, M., & Guidetti, V. (2019). Disparities in the Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Nation wide Study*. P(5), 6- 45. DOI:10.1212/WNL.92.15_supplement.P5.6-045
- Asadi, Sahand and Jafari Roshan, Marjan (2013). Validity and validity of Connor-Davidson resilience scale in Iranian students. *The first international conference of behavioral sciences and social studies*, Vera Institute, Tehran, Iran. (Vol. 1, pp. 110-121). Retrieved from <https://civilica.com/doc/421168> . (Text in Persian)
- Azarmi, Narges and Bakhshi, Ahmed (2021). Comparison of tension and resilience in hyperactive and normal children. *Studies and Research in Behavioral Sciences*, 3(7), 114-125 Retrieved from <https://www.jobssar.ir/> (Text in Persian)
- Barkley, R.A. (2003). Issues in the diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Brain and Development*, 25(2), 77-83. [https://doi.org/10.1016/S0387-7604\(02\)00152-3](https://doi.org/10.1016/S0387-7604(02)00152-3)
- Barnard-Brak, L., Roberts, B., & Valenzuela, E. (2018). Examining breaks and resistance in medication adherence among adolescents with ADHD as associated with school outcomes. *Journal of Attention Disorders*. 1(1), 63-73. DOI: 10.1177/1087054718763738
- Bayat, M., & Jamnia, N. (2019). Positive Interactions with At-Risk Children: Enhancing Students Wellbeing, Resilience, and Success. Routledge. Retrieved from <https://www.taylorfrancis.com/books/9781315110547>

- Biederman, J., Faraone, S. V. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 36(6), 237- 248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66915-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66915-2)
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Doyle, A. E., Seidman, L. J., Wilens, T. E., Ferrero, F., Morgan, C. & L., Faraone, S. V. (2004). Impact of executive function deficits and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on academic outcomes in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 757-766. DOI: 10.1037/0022-006X.72.5.757
- Buchanan, G. M., Gardenswartz, C. A., & Seligman, M. E. P. (1999). Physical health following acognitive-behavioral intervention. *Prevention and Treatment*, 2 (10), 159-171. DOI:10.1037/1522-3736.2.1.210a
- Blaustein, M. E., & Kinniburgh, K. M. (2018). Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self- regulation, and competency. Guilford Publications. Retrieved from <https://www.guilford.com/>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience. *American Psychologist*, 59(1): 20-28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Connor, D. F. (2002). Preschool attention deficit hyperactivity disorder: a review of prevalence, diagnosis, neurobiology, and stimulant treatment. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23(3): 94-102. DOI: 10.1097/00004703-200202001-00002
- Connor, K. M., & Davidson, J. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2): 76-82. DOI: 10.1002/da.10113
- Climie, E., Henley, L. (2016). A renewed focus on strengths-based assessment in schools. *British Journal of Special Education*, 43(2), 108-121. <https://doi.org/10.1111/1467-8578.12131>
- Cumberland Li, A., Eisenberg, N., & Reiser, M. (2004). Relations of young children's agreeableness and resiliency to effortful control and impulsivity. *Social Development*, 13(2), 193-212. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2004.000263.x>
- Dominguez-Cancino, K. A., Calderon-Maldonado, F. L., Choque-Medrano, E., Bravo-Tare, C. E., & Palmieri, P. A. (2022). Psychometric Properties of the Connor-Davidson Resilience Scale for South America (CD-RISC-25SA) in Peruvian Adolescents. *Children*, 9(11), 16-89. DOI: 10.3390/children9111689
- Farzad, Wali Elah, Emamipour, Suzan and Vakil Ghahani, Fereshte (2013). Examining the validity, validity and standardization of the children's symptoms questionnaire. *Psychological research*, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, 3(11), 47-57. <https://sid.ir/paper/475259/fa> (Text in Persian)
- Gillham, J. E., Brunwasser, S. M., & Freres, D. R. (2008). Preventing depression in early adolescence: The penn resiliency program. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.) *Handbook of depression in children and adolescents*. (pp. 309_322) New York, NY: Guilford Press. DOI: 10.1037/a0017671
- Gillberg, C. (2003). Deficits in attention, motor control and perception: A Brief Review. *Archives of Disease in Childhood*, 88, 904- 910. doi: 10.1136/adc.88.10.904
- Henderson, N. (2012). Resilience in schools and curriculum design. In *The social ecology of resilience* (pp. 297-306). Springer, New York, NY. DOI:10.1007/978-1-4614-0586-3_23
- Henderson, N., & Milstein, M. M. (2003). Resiliency in schools: Making it happen for students and educators. New York, Corwin press. DOI: 10.4236/ajcm.2014.42010
- Hosseini Qomi, T. & Salimi Bejstani, H. (2012). The effectiveness of resilience training on the stress of mothers with children with cancer in Imam Khomeini Hospital, Tehran. *Health Psychology Quarterly*, 4, 109-97. DOR: 20.1001.1.23221283.1391.1.4.8.1 (Text in Persian)
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Ambulatory Pediatrics*, 7(1), 101-106. DOI: 10.1016/j.ambp.2006.04.011
- Jia, R. M. (2018). Social resilience in children with ADHD: buffers of externalizing behaviour, internalizing behaviour, and negative parenting .Doctoral dissertation, University of British Columbia. <https://dx.doi.org/10.14288/1.0372346>
- Kaplan, HL., & Sadock, B. (2010). *Compressive textbook of psychiatry*. Philadelphia. William & Wilkins. <https://www.researchgate.net/publication/278158058>
- Kaveh, Manijeh, Alizadeh, Hamid, Delawar, Ali & Borjali, Ahmad (2019). Developing a program to increase resilience against stress and the effect of its training on the components of the quality of life of parents with mild mental retardation, *Iranian Quarterly of Exceptional Children*, 11(2), 119-140. DOR: 20.1001.1.16826612.1390.11.2.2.2 (Text in Persian)
- Keefe FJ SR, Somers TJ, Varia I, Blazing M, Waters SJ, McKee D, Silva S, She L, Blumenthal JA, O'connor J. Effects of coping skills training and sertraline in patients with non-cardiac chest pain: a randomized controlled study. *PAIN*. 2011; 152(4):730-41. DOI: 10.1016/j.pain.2010.08.040
- Laird, R. D., Pettit, G. S., Dodge, K. A., Bates, J. E. (2005). Peer relationship antecedents of delinquent behavior in late adolescence: Is there evidence of demographic group differences in developmental processes? *Development and psychopathology*, 17(1), 127-144. doi: 10.1017/s0954579405050078

- Loprinzi CE, Prasad K, Schroeder DR, Sood A. Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial. *Clinical breast cancer*. 2011 Dec 1; 11(6): 364-8. DOI: 10.1016/j.clbc.2011.06.008
- Mastoras, S. M., Saklofske, D. H., Schwean, V. L., & Climie, E. A. (2018). Social support in children with ADHD: An exploration of resilience. *Journal of Attention Disorders*, 22(8), 712-723. DOI: 10.1177/1087054715611491
- Mansourian M SM, Adab Z, Latifi M. 2014. Relationship between dependence to mobile phone with loneliness and social support in University students. *Journal of Razi Medical Sciences*.; 21(120): 1-8. <https://www.semanticscholar.org/paper/> . (Text in Persian)
- Mohammad Ismail, Elaha (2007). Adaptation and standardization of the list of child's symptoms, 4th edition of CSI. *Research in the field of exceptional children*, 7(1), 79-95. <http://joec.ir/article-1-388-en.html> (Text in Persian)
- Mohammadi Shemirani, Samaneh, Saadipour, Ismail, Dertaj, Fariborz, Ebrahimi Ghavam, Soghari and Filafinejad, Mohammad Reza (2021). The effect of game-based resilience training on children's aggression under the supervision of a welfare organization. *Psychological Science*, 20(33), 353-363. <https://sid.ir/paper/368448/en> (Text in Persian)
- Mohammadi Shemirani, Samaneh, Saadipour, Ismail, Dertaj, Fariborz, Ebrahimi Ghavam, Soghari and Filafinejad, Mohammad Reza (2019). The effectiveness of game-based resilience training package on children's social adjustment. *Journal of Behavioral Science Research*, 18(2), 213-226. <https://sid.ir/paper/957716/en> (Text in Persian)
- Mohammadi, Massoud (2004). *Investigating factors affecting resilience in people at risk of substance abuse*, Doctoral dissertation, Tehran University of Welfare and Rehabilitation Sciences. <https://sid.ir/paper/120410/en> (Text in Persian)
- Neenan M. (2009) *Developing resilience: A cognitive behavioural approach*. Routledge. Jun 9. <https://doi.org/10.4324/9781315189178>
- Nigg, J. T., & Barkley, R. A. (2014). Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. In Mash, E. J., Barkley, R. A. (Eds.), *Child Psychopathology*, third edition (pp. 75–144). Guilford. doi: 10.1007/7854_2013_249
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. sage from <http://www.amazon.co.uk>
- Rahimian Bogar, & Asgharnezhad Farid, Ali Asghar (2008). The relationship between psychological toughness and self-resilience with mental health in youth and adults who survived the Bam earthquake. *Iranian Psychiatry and Clinical Psychology*, 14(1), 62-70. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-416-fa.html> (Text in Persian)
- Rizzo, A; Bouchard, S (2019). *Virtual Reality for Psychological and Neurocognitive Interventions (Virtual Reality Technologies for Health and Clinical Applications)*. (H, Zare, M.H, Abdollahi, E, Azad Translators) (2022) (Text in Persian)
- Sadri Damirchi, E., Bashorpoor, S., Ramezani, S., & Karimanpour, G. (2018). Effectiveness of resilience training on anger control and psychological well-being in impulsive students. *Journal of School Psychology*, 6(4), 120-139. 10.22098/jsp.2018.607 (Text in Persian)
- Shirjang, Leila, Mehriyar, Amirhoshang, Javidi, Hojat Elah and Hosseini, Seyyed Ebrahim (2013). The effectiveness of teaching social skills to parents on the symptoms of oppositional defiant disorder in children. *Evolutionary Psychology of Iranian Psychologists*, 15(5), 137-127. <https://sid.ir/paper/101287/en> (Text in Persian)
- Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D., & Miller, L. F. (2010). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of child and family studies*, 19(2), 218-229. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9301-y>
- Sekaran, U. (2003). *Research Methods for Business: A skill-bulding approach*. New York: John Willey and Son. Inc Year. www.academia.edu/38338906/B
- Steinhardt ,C.(2008).Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology.*Journal of American college health*; 56(4):445-53. DOI: 10.3200/JACH.56.44.445-454
- Stavrou, P. D. & Kourkoutas, E. (2017). School Based Programs for Socio- emotional Development of Children with or without Difficulties: Promoting Resilience. *American Journal of Educational Research*. 5(2), 131-137. <http://pubs.sciepub.com/education/5/2/4>
- Staller J, Faraone SV (2006). "Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management". *CNS Drugs*. 20 (2): 107–123. DOI: 10.2165/00023210-200620020-00003
- Wang, J., Li, S., Hu, Y., Ren, L., Yang, R., Jiang, Y., ... & Yao, Y. (2023). The moderating role of psychological resilience in the relationship between falls, anxiety and depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, 341, 211-218. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.060>
- Williams SL MK. (2004) The nexus of domestic violence and poverty: Resilience in women's anxiety. *Violence Against Women*.; 10(3): 283-93. DOI:10.1177/1077801203262519
- Woodward, L. J., Fergusson, D. M. (2000). Childhood peer relationship problems and later risks of educational underachievement and unemployment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 41(2), 191–201. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10750545/>
- Fakhri, Z. , Zare, H. , Alipour, A. and Sharif-Alhoseini, M. (2022). The Effectiveness of Supportive Parenting Program Training On Parenting Patterns and Mothers' Depression, Anxiety and Stress And Children Externalizing

Behavior Problems. *Journal of Educational Psychology Studies*, 19(47), 135-111. doi: 10.22111/jeps.2022.7189 (Text in Persian)

Zarin Kalk, Hamidreza (2009). The effectiveness of teaching resilience components on reducing vulnerability to addiction and changing students' attitudes towards drug use. *Addiction Research*, 3(11), 115-137. <http://etiadpajohi.ir/article-1-423-en.html> (Text in Persian)



This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons AttributionNoncommercial 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

