

مقایسه تاب آوری، سرسختی روان شناختی و خودکارآمدی بین دانش آموزان دختر و پسر دارای اضطراب فراگیر و بهنجار

مهدی یحیی زاده درزی^۱، زهرا سلیمانی^۲

^۱ استاد گروه روانشناسی دانشگاه فرهنگیان و دانشگاه آزاد بابل، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانش آموخته کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ایران

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی مقایسه‌ای تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و خودکارآمدی در بین دانش‌آموزان دختر و پسر دارای اختلال اضطراب فراگیر و بهنجار می‌پردازد. این پژوهش از نوع پژوهش‌های توصیفی و مقایسه‌ای بوده و جامعه آماری متشکل از کلیه دانش‌آموزان شهر بابل در دوره دوم متوسطه در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ می‌باشد. حجم نمونه به دست آمده از فرمول کوکران ۳۶۹ نفر برآورد شده که به جهت انتخاب نمونه آماری، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای بهره‌گیری شد. ابزار پژوهش عبارت‌اند از پرسشنامه‌های استاندارد اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، تاب‌آوری (CD-RISC)، سخت‌رویی (HS) و خودکارآمدی (GSES). تجزیه و تحلیل اطلاعات آماری با استفاده از نرم افزار SPSS انجام گرفت؛ پس از تعیین روایی و اعتبار ابزارهای پژوهش، اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری گردید و جهت تعمیم اطلاعات حاصل، از آزمون‌های مقایسه‌ای T-Test و MANOVA استفاده شد. یافته‌ها بیانگر آن بود که سه متغیر تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و خودکارآمدی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر و بهنجار تفاوت معناداری داشتند ($p < 0/05$). اما این سه متغیر در دانش‌آموزان پسر و دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر، تفاوت معناداری را نشان ندادند.

واژه‌های کلیدی: تاب آوری، سرسختی روان شناختی، خودکارآمدی، اختلال اضطراب فراگیر، دانش آموزان

۱. مقدمه

اضطراب مقوله‌ای از زندگی انسان در همه جوامع در نظر گرفته شده است. چرا که همچون بازتابی موافق و سازگار با چالش‌های زندگی ارزیابی شده است. این اختلال به عنوان مفهومی چند بعدی و چند ساحتی و به اشکال بدنی، شناختی، عاطفی و بین فردی خود را بروز می‌دهد. مطالعه اضطراب مشکل است؛ علائم درهم تنیده‌ای مانند حس تشویش، بی‌قراری، پریشانی و یا پاسخ‌های زیست-بدنی که در مغز آغاز می‌شود و بازتاب و انعکاس آن، در اشکال افزایش ضربان قلب و ناآرامی ماهیچه‌ای، خود را نشان می‌دهد؛ مطالعه اضطراب را مشکل ساخته است [۱]. اختلال اضطراب فراگیر^۱ یکی از اختلالات اضطرابی است که با سایر اختلالات نیز پیوستگی بالایی دارد [۲]. در شرایطی که بیمار در یک دوره حداقل شش ماهه، در اکثر روزها، دچار اضطراب و نگرانی مفرط تشخیص داده شود، و همزمان کنترل نگرانی برایش دشوار بوده و این نگرانی با علائم دیگر همچون تحریک‌پذیری مفرط، گرفتگی عضلات یا تنش ماهیچه‌ای، خستگی سریع، بی‌قراری و مشکلات خواب همراه باشد، رسماً مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اعلام می‌شود [۳]. بررسی‌ها گویای آنند که عوامل رفتاری، هیجانی، زیست‌شناختی، شناختی، بین فردی و عصب‌زیست‌شناختی متعددی از جمله طبع و سرشت، بازدارندگی رفتاری، احساسات منفی، گریز از آسیب رویدادهای منفی، سابقه مشکلات روانی والدین و بدرفتاری آنان، دوری یا جدایی از والدین طی دوران کودکی، ساختارهای ذهنی همبسته با تهدید، ناخشنودی از زندگی، الگوبرداری و تقلید، موضع‌گیری مرتبط با واکاوی اطلاعات هیجانی و مهارت‌های بین فردی ضعیف، نمونه‌هایی از سازه‌های خطرآفرین این اختلال به حساب می‌آیند [۴].

پژوهش‌های سازمان بهداشت جهانی، ۲۵ درصد از کسانی را که به دلیل مشکلات روان‌شناختی به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند، دچار اضطراب فراگیر و همچنین، ۸ درصد از متقاضیان درمان در محیط‌های مراقبت اولیه را نیز دارای علائم معین این بیماری در نظر گرفته است [۵]. نتایج پژوهش‌ها بیانگر آنند که همانند سایر کشورها، اختلال اضطراب فراگیر در ایران نیز همه‌گیری بالایی را حکایت می‌کند. منطبق با اغلب پژوهش‌های اپیدمی‌ک در ایران، اختلال اضطراب فراگیر شایع‌ترین اختلال اضطرابی در ایران به شمار آمده است. در پژوهشی با نمونه‌ای مشتمل بر ۳۵۰۱۴ نفر در سراسر کشور، شیوع اختلال اضطراب فراگیر در جامعه ایران ۲۰/۸ درصد گزارش شده است [۶]. شیوع یکساله آن در جمعیت ۶۵-۱۸ سال ایران ۵/۲ درصد، در حالی که شیوع یکساله آن در سایر کشورها ۳/۶-۰/۴ درصد برآورد شده است [۴]. نکته قابل توجه این است که اختلالات اضطرابی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان نیز می‌باشد. تقریباً ۵ درصد از کودکان تا دوره نوجوانی گریبانگیر یکی از اختلالات اضطرابی می‌شوند و ۲۰ درصد این جمعیت، تا ۱۶ سالگی دچار مشکلات جدی می‌گردند. در مطالعه‌ای در ایالات متحده آمریکا در کودکان ۳-۱۳ ساله، شیوع اضطراب ۷/۷ درصد بوده است. در مطالعه بوید^۲ و همکاران که در بین کودکان ۱۱ تا ۱۸ ساله استرالیایی انجام شد، شیوع اختلالات اضطرابی ۱۳/۲ درصد و در مطالعه ابو^۳در اوگاندا این میزان ۱۰ تا ۲۰ درصد بود. عرفانیان و همکارانش در تحقیقی این میزان را ۱۴/۵ درصد گزارش کرده‌اند [۷]. کلارک^۴

^۱ Generalized Anxiety Disorder^۲ Boyd^۳ Abbo^۴ Clarke

همکاران در پژوهش های اپیدمی شناسی اختلالات اضطرابی در نوجوانان، به طور میانگین، سن ۱۵ سالگی را به عنوان سن آغاز اختلالات اضطرابی بیان داشتند. همچنین این پژوهش ها نشان داده اند که اختلال اضطراب فراگیر یکی از رایج ترین اختلالات روان پزشکی به ویژه در میان نوجوانان دختر می باشد [۸]. تناسب جنس زن به مرد در این اختلال حدوداً دو به یک و حتی سه به یک نقل شده است. لیکن این رابطه در خصوص زنان و مردان تحت درمان و بستری این اختلال تقریباً یک به یک بوده است [۹]. ظاهراً زنان و مردانی که دستخوش این اختلال می گردند، رگ های همسانی دارند، در صورتی که الگوهای همزمانی، آشفتگی های متنوعی را ظاهر می سازند که با تفاوت های جنسیتی در همه گیری اختلالات متناسب هستند. در زنان، تقارن اختلالات به طور عمده محدود به اختلالات اضطرابی و افسردگی یک قطبی می گردد. در همان هنگام، در مردان، همزمانی آشفتگی ها به گمان بسیار به اختلالات مصرف مواد نیز کشیده می شود [۳]. آن دسته عوامل جسمی-بدنی و چشم داشت های اجتماعی از دوره نوجوانی با ویژگی هایی چون دگرگونی های سریع بلوغ، دگرش توقعات اجتماعی و مغایرت هایی در نقش، تبیین گر شیوع تفاوت معنی دار بیشتر این بیماری میان دختران در مقایسه با پسران می باشد [۱۰]. مسلماً این اختلال با بی-نظمی های کارکردی همچون کناره گیری از آموزش، گوشه نشینی اجتماعی، اعتیاد به الکل، دست زدن به خودکشی و فزونی بیم بروز باقی اختلالات روانی، ملازم می باشد [۱۱]. پتر، لاورینس، موریاما و کرسول^۵ (۲۰۱۹) نیز ۱۱ سالگی را سن بدو دچار شدن اختلال اضطراب فراگیر دانستند و همچنین همبودی بالای آن را با دامن گیری به سایر اختلالات روان پزشکی از جمله آشفتگی های سرشتی و سوء مصرف مواد و روان گردان ها به اثبات رساندند [۱۲].

تا اوایل دهه ۸۰، جمع کثیری از پژوهشگران علوم روانشناسی بر این بودند که وقایع و اتفاقات بحران زا نقش فعالی در پیدایی اختلالات روان تنی دارند؛ هولمز و راهه^۶ رابطه رویدادهای زندگی با شروع بیماری را ارائه دادند. به همان سان، کاوش های روان-شناسان متقدم نشان داد که مابین رویدادهای ناراحت کننده و اختلالات روان شناختی، سازه های تعدیل کننده ای وجود دارد که موجب اثرگذاری متفاوت این رویدادها بر افراد مختلف می گردند. تاب آوری^۷ یکی از این خصایص است. توانمندی سازش موفقیت آمیز با اسباب تهدید کننده را تاب آوری دانسته اند. به عبارتی دیگر، تاب آوری، انطباق مثبت فرد در تعامل با وضعیت ناگوار است. اگرچه این معنا، ابتدا در حوزه روانشناسی رشد طرح گشت، اما گام به گام به پهنه های دیگر روانشناسی همچون روانشناسی اجتماعی و روانشناسی بالینی نیز ورود کرد. تاب آوری، منحصرأ دوام در برابر گزندها یا شرایط ارباب برانگیز نیست، بلکه مشارکت فعال و سازنده فرد در محیط است. در تعبیری دیگر، تاب آوری را ظرفیت و توانمندی فرد در پایدار نگه داشتن تعادل زیستی-روانی در شرایط بحران دانسته اند [۱۳]. دریافت های تحقیقات، حاکی از آن است که فراگیری تاب آوری اثر معناداری بر کاهش نشانه های اضطرابی در نوجوانان دچار بیماری های خاص دارد [۱۴].

خودکارآمدی^۸ نیز از دیگر عوامل برجسته و پر ارج در توانمندی مقابله افراد با فراز و فرودهای زندگی و دستیابی آنان به کامیابی است. این مفهوم، خودارزیابی از صلاحیت های فردی و اجرای موفقیت آمیز یک دوره از اقدامات در مسیر دستیابی به

^۵. Peter.Lawrence. Murayama & Creswell

^۲. Holmes & Rahe

^۷. Resilience

^۸. Self-efficacy

برآیند دلخواه و مطلوب به شمار می‌رود. در نظام بندورا^۹، خودکارآمدی احساس شایستگی و کفایت در پذیرش زندگی است و دارندگی این عقیده که بر اساس منابع اطلاعاتی متعددمان، به ارزیابی توانمندیهایمان بپردازیم. باورهای خودکارآمدی، بسیاری از سویه‌های کارکرد شخصی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. افراد با خودکارآمدی مناسب، از سلامت جسمانی و روانی بالایی برخوردار بوده و به شایستگی‌های خود باور دارند. آنان موارد بحرانی را در حکم چالش به شمار آورده و اطمینان دارند که می‌توانند موقعیت‌های تهدیدآمیز را تحت کنترل درآورند و این برداشت آنان در تقابل با قابلیت‌ها، تنیدگی و تشویش را می‌کاهد. نی^{۱۰} و همکاران نیز در پژوهشی، خودکارآمدی را پیشگویی کننده منفی اضطراب دانسته‌ند [۱۵]. دریافت‌های پژوهش موریس (۲۰۰۴) بیانگر آن بود که سطح پایین خودکارآمدی با سطح بالای نمادهای اختلال اضطرابی و نیز صفات اضطرابی روان‌آزرده‌گرایی ملازم بوده است و رتبه کلی خودکارآمدی با نشانه‌های افسردگی، اختلال‌های اضطرابی و صفت اضطرابی روان‌آزرده‌گرایی سویه منفی دارد. در نگرش بندورا (۱۹۹۹)، ناکارآمدی ادراک شده نقش بنیادینی در افسردگی، اضطراب، فشار روانی، روان‌آزرده‌گرایی و دیگر حالت‌های عاطفی بازی می‌کند. در پی آمد اوضاع و احوال اجتماعی و پیشامدهای زندگی، ناکارآمدی و ناتوانی ادراک شده قابلیت منجر شدن احساسات و باورهای پوچی، اندوهگینی و اضطراب را داشته و بدان هنگام که فرد ناکارآمدی خویش را در حصول به انتظارات ارزشمند ادراک کند، افسرده خواهد شد و زمانی که شاهد درماندگی خود در کنار آمدن با محرک‌هایی که فی‌نفسه تهدیدآمیزند باشد، مضطرب خواهد شد [۱۶].

سرسختی^{۱۱} هم‌آمیزی باورداشته‌ها در مورد خویشتن و جهان تعریف کرده‌اند که از سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی برپا شده است [۱۷]. مطابق با نظریات کوباسا^{۱۲} (۱۹۸۲) سرسختی سازه یگانه‌ای است که پارامترهای شناختی، عاطفی و عملی را شمول می‌شود و مضاف بر دارا بودن نقش بنیادین در حمایت بقا و تداوم نسل فرد، در راستای پربار ساختن و غنای زندگی به واسطه فراهم ساختن زمینه رشد و تعالی وی اقدام می‌کند. این خصیصه همچون یک کارگذار جوهری و نهادی، قادر است تا عملکرد و سطح سلامت روانی فرد را علی‌رغم تجربه موقعیت‌های تنیدگی‌زا و فشارآور افزایش دهد. از نظر وی این ویژگی در واقع، توانایی پردازش درست محرک‌های درونی و بیرونی است [۱۸]. به باور مدی^{۱۳} (۱۹۸۷)، سرسختی از راه به فعلیت رساندن تدابیر مقابله تبدیلی (فعال، تعیین‌کننده) با شرایط تنش‌زا، در ازای راهبردهای مقابله بازگشتی (انکاری، اجتنابی)، تقلیلگر احتمال بروز بیماری‌های جسمانی وابسته با استرس، بیماری‌های روانی و درماندگی رفتاری و عملکردی بوده و کارایی معناداری در تدارک رفاه روانشناختی دارد. افراد سرسخت، فعال تعهدمندتری بوده و برای دستیابی به هدف، خود را وقف می‌کنند. احساس چیرگی و تعیین‌کنندگی بر اوضاع و شرایط موجب می‌گردد تا به دگرگونی‌های زندگی، به چشم فرصت و چالش‌هایی

^۹. Bandura

^{۱۰}: Nie

^{۱۱}: Morris

^{۱۲}: psychological hardiness

^{۱۳}: Kobasa

^{۱۴}: Maddi

برای رشد و پیشرفت بنگرند، نه تهدید و تنگنا. در باور انزلیچت (۲۰۰۶) نیز، تاب‌آوری و سرسختی با اضطراب و افسردگی در رابطه منفی بوده و افراد تاب‌آور و سرسخت قادر به چیرگی بر انواع اثرات ناگوار می‌باشند [۱۹].

با عنایت به مباحث مطروحه، نظر به آنکه ارزشمندی رابطه سه خصیصه روانشناختی تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و خودکارآمدی، با اختلالات اضطرابی و به خصوص با اختلال اضطراب فراگیر و حتی نقش تاثیرگذارندگی آنها نیز قابل تأیید می‌باشد، و از دیگر سو، بایستگی جستار و پژوهش در خصوص نوجوانان و دانش‌آموزان هر سرزمین که پاره‌ای از سرمایه عظیم آن انگاشته می‌شوند، و در خورتر آنکه، اذعان به مزایای روزافزون اختلالات روانی در میان نوجوانان و جوانان و نیز افتراق بین دختران و پسران در گیرش اضطراب فراگیر وجود دارد، بر آن شدیم تا به قیاس سه خصلت روان‌شناختی تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و خودکارآمدی، در بین دانش‌آموزان دختر و پسر دارای اختلال اضطراب فراگیر و بهنجار پرداخته گردد.

۲. روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از منظر هدف؛ بنیادی، از زاویه گردآوری داده‌ها از گونه پژوهش‌های توصیفی و از دید روش، از سنخ علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری مطالعه متشکل از کلیه دانش‌آموزان شهر بابل می‌باشند که در دوره دوم متوسطه سال ۱۳۹۸-۹۹ به تعداد ۹۵۶۵ نفر، مشغول به تحصیل بودند. جهت تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران بهره‌گیری و مطابق با آن، مقدار حجم نمونه ۳۶۹ نفر برآورد شد. به منظور انتخاب نمونه آماری، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای بهره‌برده شد. بدین صورت که با التفات به حجم نمونه، از فهرست مدارس متوسطه دوم شهر بابل، ۲ مدرسه دخترانه و ۲ مدرسه پسرانه به طور تصادفی برگزیده و در هر مدرسه نیز از هر سه پایه اول، دوم و سوم، ۱۵ نفر به صورت تصادفی گزینش شده و پرسشنامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت. (جهت مشخص نمودن ۹ نفر باقی مانده نیز، به صورت تصادفی از مدارس دخترانه ۵ نفر و از مدارس پسرانه ۴ نفر تعیین شدند) که با تکمیل پرسشنامه‌های مربوطه، در این پژوهش مشارکت داشتند. به قصد تجزیه و تحلیل داده‌ها، از رویه‌های آمار توصیفی و استنباطی؛ در بخش آمار توصیفی از جداول فراوانی، نمودار و شاخص‌های گرایش به مرکز و گرایش به پراکندگی و در قسمت آمار استنباطی از آزمون‌های مقایسه‌ای T-Test و MANOVA، بکارگیری شد. معیارهای ورود شرکت کنندگان شامل داشتن انگیزه شرکت در پژوهش، نداشتن مشکل جسمانی و روانی حاد و معیارهای خروج شرکت کنندگان شامل انصراف از شرکت در پژوهش، مبتلا بودن به بیماری جسمانی خاص که مانع شرکت در پژوهش شود و عدم تکمیل مناسب پرسشنامه‌ها بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه استاندارد اختلال اضطراب فراگیر ۷ سؤالی (GAD-7): این مقیاس به دست اسپیتزر^۷ و همکاران (۲۰۰۶) تهیه شده و دارای هفت سؤال می‌باشد که هر مورد از سؤالات به واریس مشکلات روانی آزمودنی طی دو هفته گذشته می‌-

^۷: Inzlicht

^۸: generalized anxiety disorder scale- 7 item

پردازد. گزینه‌ها از ۰ تا ۳ امتیازبندی شده و گستره تراز مقیاس از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. کسب نمره بالاتر به معنای اضطراب بیشتر می‌باشد. پرسش ۸ در پایان پرسشنامه، به این نکته می‌پردازد که هر مورد از چالش‌های مطروحه‌ی ۷ سؤال نخست، تا چه حد در فعالیت‌های کاری و حرفه‌ای، رویدادهای مرتبط با محل زندگی یا ارتباط فرد با دیگران، چالش ایجاد کرده است. در پژوهش نائینیان و همکاران (۱۳۹۰) نمره برش پرسشنامه، ۱۰ تعیین شده است. در خصوص روایی و پایایی پرسشنامه، اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی مقیاس (GAD-7) را به ترتیب، ۰/۹۲ و ۰/۸۳ برآورد کردند [۲۰].

پرسشنامه استاندارد تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۱ (CD-RISC): مقیاس حاضر که در سال ۲۰۰۳ توسط کانر و دیویدسون در ایالات متحده آمریکا به جهت سنجش تاب‌آوری طراحی گردید، حائز ۲۵ عبارت می‌باشد که بر پایه تحلیل عاملی به انجام رسیده است. پنج زیرمقیاس شامل «صلاحیت و کفایت فردی (۸ عبارت)»، «تحمل اثرات منفی و قوی بودن در برابر تنش (۷ عبارت)»، «پذیرش مثبت تغییر (۵ عبارت)»، «خودکنترلی (۳ عبارت)» و «تأثیرات معنوی (۲ عبارت)» برای آن، تعیین گردیده است [۲۱]. شیوه نمره‌گذاری مقیاس بر حسب مقیاس لیکرت از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) بوده و به منظور اندازه‌گیری تاب‌آوری، یک نمره کل محاسبه می‌شود؛ از کمینه تراز صفر تا بیشینه تراز ۱۰۰ که نمره بالاتر، نشانگر تاب‌آوری افزون‌تر می‌باشد. نقطه برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ می‌باشد. همسانی درونی (آلفای کرونباخ) مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون، $\alpha = 0.89$ و ثبات آن، $r = 0.87$ گزارش شده است. این سنج در سال ۱۳۸۴ توسط محمدی در ایران، ترجمه و اعتباریابی گردید؛ پس از انجام فرایند ترجمه و برگردان مقیاس و تأیید طراحی کنندگان مقیاس، به منظور احراز پایایی از محاسبه آلفای کرونباخ و برای تعیین روایی از فن تحلیل عاملی استفاده شد که نتایج آن، بیانگر تک عاملی بودن مقیاس بوده و آلفای کرونباخ مقیاس، $\alpha = 0.93$ محاسبه گردید [۲۲].

پرسشنامه استاندارد سخت‌رویی کوباسا^۲ (HS) (۱۹۷۹): این پرسشنامه با هدف ارزیابی میزان سخت‌کوشی افراد در عملکرد بهتر طراحی شده است که دارای ۵۰ پرسش می‌باشد. طریقه نمره‌گذاری آیتم‌ها بدین صورت می‌باشد که نمره بالاتر بیانگر سخت‌کوشی افراد در عملکرد بهتر می‌باشد. کد سؤالات ۱ تا ۵ و ۲۲ تا ۲۷ بدین شکل می‌باشد: ۰ = اصلاً صحیح نیست، ۱ = تا حدودی صحیح است، ۲ = تقریباً صحیح است، ۳ = کاملاً صحیح است. کد سایر سؤالات واژگون است. مفاد این پرسشنامه شامل سه مؤلفه تعهد، چالش و کنترل می‌باشد. شیوه محاسبه آزمون بدین‌سان می‌باشد: الف- نمره تعهد: مجموع نمرات مواد مربوطه بخش بر ۴۸. ب- نمره چالش: مجموع نمرات مواد مربوطه بخش بر ۵۱. ج- نمره کنترل: مجموع نمرات مواد مربوطه تقسیم بر ۵۱. نمره کلی: مجموع سه نمره فوق تقسیم بر ۳ ضرب در ۱۰۰. افراد برحسب امتیازی که در پرسشنامه کسب می‌کنند، به چهار رده سرسختی بالا (نمره بین ۱۵۰-۱۲۶)، سرسختی نسبتاً بالا (نمره بین ۱۲۵-۷۶)، سرسختی نسبتاً پایین (نمره بین ۷۵-۲۶) و سرسختی پایین (نمره بین ۲۵-۰) توزیع می‌گردند [۲۳]. کوباسا در روایی و پایایی این پرسشنامه ضریب همبستگی ۰/۸۵ برای تعهد، ۰/۶۵ برای کنترل و ۰/۷۰ را برای چالش گزارش می‌دهد [۱۸].

^۱Spitzer, R. L.

^۲Conner-Davidson Resilience Questionnaire (CD-RISC)

^۳Kobasa Hardiness Questionnaire

پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی شرر (GSES): به جهت سنجش متغیر خودکارآمدی، پرسشنامه خودکارآمدی شرر (۱۹۸۲) در نظر گرفته شد. این مقیاس دارای ۱۷ گویه بوده و سه خرده مقیاس؛ میل به آغازگری رفتار، تمایل به تکمیل رفتار و پافشاری در انجام فعالیت در صورت ناکامی را مورد آزمون قرار می دهد. نمره دهی مقیاس خودکارآمدی به شیوه (۵: کاملاً موافقم، ۴: موافقم، ۳: نظری ندارم، ۲: مخالفم و ۱: کاملاً مخالفم) انجام می گیرد. پرسش های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و باقی سوالات به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره گذاری می شوند. بدین ترتیب، بالاترین تراز خودکارآمدی در این مقیاس ۸۵ و پایین ترین نمره ۱۷ می باشد. شرر (۱۹۸۲) اعتبار محاسبه شده از طریق آلفای کرونباخ برای خودکارآمدی عمومی را ۰/۷۶ ذکر می کند. در مطالعه ای که به سبب بازبینی اعتبار و روایی این مقیاس توسط براتی انجام گرفت، مقیاس بر روی ۱۰۰ آزمودنی اجرا شد؛ همبستگی (۰/۶۱) به دست آمده از دو مقیاس عزت نفس و خودارزیابی با مقیاس خودکارآمدی در جهت تأیید روایی سازه این مقیاس بود [۲۴]. این آزمون به دست اصغرنژاد، احمدی ده قطب الدینی، فرزاد و خدایپناهی (۱۳۸۵) ترجمه و اعتباریابی شده است. آنان در رواسازی این پرسشنامه در نمونه ایرانی، روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کردند؛ پایایی ۰/۶۴ تا ۰/۷۶ را برای ابعاد و ۰/۸۳ را برای کل مقیاس گزارش کردند. غرایبی (۱۳۷۲) نیز ضریب اعتبار آن را با روش بازآزمایی و به فاصله دو هفته ۰/۸۰ گزارش کرده است [۲۵]. این مقیاس فاقد نقطه برش بوده، لیکن با توجه به میانه ابزار (۵۱)، آزمودنی ها به دو گروه با خودکارآمدی بالا و پایین توزیع شدند.

۳. یافته ها

برابر با یافته های توصیفی، ۵۸/۸۰ درصد از نمونه آماری پسر و ۴۱/۱۹ درصد آنان دختر گزارش شدند. ۵۰٪ دانش آموزان، معدل تحصیلی بین ۱۵ تا ۱۸ داشته و در مراتب بعدی، ۳۹٪ و ۱۲٪ معدل ۱۰ تا ۱۵ و ۱۸ به بالا را گزارش کرده اند. رشته تجربی بیشترین درصد برابر با ۵۰/۶۲، و رشته انسانی، کمترین درصد برابر با ۱۷/۶۱ را در میان جمعیت نمونه، به خود اختصاص داده اند. ۲۳ درصد از کل نمونه مورد بررسی، دارای اضطراب فراگیر بوده و ۷۶/۴ درصد آنها، از این لحاظ بهنجار محسوب می شدند. از بین دانش آموزانی که دچار اضطراب فراگیر بودند، ۶۰/۹ درصد آنها دختر و ۳۹ درصد آنها پسر و از میان دانش آموزان بهنجار نیز، تقریباً ۳۵ درصد دختر و ۶۴/۸ درصد، پسر گزارش شده اند.

توصیف متغیرهای پژوهش

جدول ۱- توصیف متغیرهای تحقیق بر حسب شاخص های آماری در دو گروه مبتلا به اضطراب فراگیر و گروه بهنجار

متغیر وابسته	دچار اضطراب فراگیر		بهنجار	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تاب آوری	۵۳/۴۸۲	۴/۳۱	۵۹/۶۳	۳/۵۸
سرسختی روان شناختی	۷۶/۲۵	۶/۶۱	۸۹/۴۵	۵/۳۶
خودکارآمدی	۳۶/۳۲	۴/۴۳	۵۲/۳۶	۶/۲۳

طبق جدول (۱)، میانگین تاب‌آوری در نمونه دچار اضطراب فراگیر پایین‌تر از نمونه بهنجار و به میزان ۵۳/۴۲ بود. سرسختی روان‌شناختی با معدل ۷۶/۲۵، رقم متوسطی از این متغیر را در نمونه دچار اضطراب فراگیر نشان داد و این رقم از متوسط سرسختی روان‌شناختی در نمونه بهنجار نیز پایین‌تر بود. خودکارآمدی با حد وسط ۳۶/۳۲ از ۸۵ در نمونه دچار اضطراب فراگیر، میانگین رو به پایینی را از خود نشان داد که با گروه بهنجار با معدل ۵۲/۳۶ تفاوت داشت.

به جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (K-S) بهره‌گیری شد. در سطح اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha=0/05$)، متغیرهای مورد سنجش در این پژوهش در مقام تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی، خودکارآمدی و اضطراب فراگیر از توزیع نرمال پیروی می‌کردند. چرا که برای هر یک از متغیرها داریم؛ $\text{Sig} > \alpha=0/05$. لذا، شرایط جهت بکارگیری آزمون‌های مقایسه‌ای پارامتریک T-Test و MANOVA برقرار می‌باشد.

– آزمون فرضیه‌های پژوهش

بررسی سه فرضیه نخست را به آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) متکی کردیم. به جهت اشغال کمترین فضا، نتایج آزمون باکس برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس پراکندگی و نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری برای نمرات سه متغیر تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و خودکارآمدی در گروه‌های پژوهش، به صورت جمع‌بندی شده، در جداول زیر آورده شد.

جدول ۲- نتایج آزمون باکس برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس پراکندگی متغیرهای تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و

خودکارآمدی

متغیر	شاخص آماری	آماره باکس	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
تاب‌آوری	گروه‌ها	۳/۷۸	۰/۳۵۷	۱۰	۲/۹۰	۰/۹۶۵
سرسختی روان‌شناختی	گروه‌ها	۱/۶۶	۰/۵۳۸	۳	۱/۰۹	۰/۶۵۶
خودکارآمدی	گروه‌ها	۱۱۲/۲۶	۱/۰۱	۹۱	۱/۹۰	۰/۴۴۰

با دقت به جدول (۲)؛ مقادیر معناداری آزمون برای هر سه متغیر بالاتر از ۰/۰۵ محاسبه شده است ($p > 0/05$)، بنابراین آزمون همگنی ماتریس‌های پراکندگی معنادار نمی‌باشد؛ بدین‌سان مفروضه همگنی ماتریس پراکندگی جهت ادامه آزمون برقرار می‌باشد.

جدول ۳- نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری نمرات تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و خودکارآمدی

متغیر	شاخص	ارزش	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	P
تاب‌آوری	لامبدای ویکلز	۰/۷۱۶	۷/۴۵	۴	۷۵	۰/۰۰۰
سرسختی روان‌شناختی	لامبدای ویکلز	۰/۶۳۲	۲۲/۴۰	۲	۷۷	۰/۰۰۰
خودکارآمدی	لامبدای ویکلز	۰/۲۸۴	۱۲/۷۸	۱۳	۶۶	۰/۰۰۰

به همان سان که در جدول (۳) مشاهده می‌گردد، اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای مورد بررسی معنی‌دار نشان داده شد ($p < 0/000$). برآیند اینکه؛ آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) را مجاز شمرده و تأیید کرد که حداقل بین یکی از شاخص‌های متغیرهای مورد سنجش در بین دو گروه مورد بررسی، تفاوت معناداری وجود دارد. بدین ترتیب، جهت واریسی فرضیه نخست که عبارت است از: میزان تاب‌آوری در بین دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر و بهنجار متفاوت است، جدول زیر به نمایش در آمد.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره جهت مقایسه میانگین نمرات تاب‌آوری دو گروه

منبع	متغیر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	P
گروه	صلاحیت و کفایت فردی	۱۸۹/۱۱	۱	۹۴/۵۵۵	۴/۵۱	۰/۰۳۷
	تحمل اثرات منفی و قوی بودن در برابر تنش	۱۴۸/۵۱	۱	۷۴/۲۵۵	۴/۲۳	۰/۰۴۳
	پذیرش مثبت تغییر	۶۳۲/۸۱	۱	۳۱۶/۴۰۵	۱۵/۵۰	۰/۰۰۰
	تأثیرات معنوی	۱۳۰/۲۵	۱	۶۵/۱۲۵	۴/۲۱	۰/۰۴۴

با نگرش به اطلاعات جدول (۴)؛ میزان F مشاهده شده بین دو گروه از اضطراب فراگیر و بهنجار، از لحاظ صلاحیت و کفایت فردی ($F(1, 75) = 4/51$; $P = 0/037$)، تحمل اثرات منفی و قوی بودن در برابر تنش ($F(1, 75) = 4/23$; $P = 0/043$)، پذیرش مثبت تغییر ($F(1, 75) = 15/50$; $P = 0/000$) و تأثیرات معنوی ($F(1, 75) = 4/21$; $P = 0/044$)، تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. همانگونه که در جدول ۱ آورده شد، میانگین تاب‌آوری در دانش‌آموزان بهنجار بالاتر از دانش‌آموزان دارای اضطراب فراگیر بود، که در جدول فوق، معناداری این تفاوت مشخص گردید. بدین ترتیب، فرضیه نخست مورد تأیید قرار گرفته است. فرضیه دوم به این امر می‌پردازد که میزان سرسختی روان‌شناختی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر و بهنجار متفاوت است.

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه میانگین نمرات سرسختی روان‌شناختی دو گروه

منبع	متغیر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	P
گروه	تعهد	۳۶۴۵/۰۰	۱	۱۷۳۲/۵	۳۱/۳۶	۰/۰۰۰
	چالش	۴۵۳۰/۵۵	۱	۲۲۶۵/۲۷	۱۷/۲۳	۰/۰۰۶
	کنترل	۱۰۳۶/۸۰	۱	۵۱۸/۴	۹/۲۱	۰/۰۰۳

مطابق با یافته‌های جدول (۵)، مشاهده می‌شود میزان F بین دو گروه دارای اضطراب فراگیر و بهنجار از نظر تعهد ($P = 0/000$)؛ $F(1, 77) = 31/36$ و کنترل ($P = 0/003$; $F(1, 77) = 9/21$)، تفاوت معناداری داشته. اما متغیر چالش با $P = 0/006$ ؛ $F(1, 77) = 17/23$ ، تفاوت معناداری را بین دو گروه از خود بروز نداده است. در جدول شماره ۱، تفاوت میانگین متغیر

سرسختی روان‌شناختی در گروه بهنجار بالاتر از گروه اضطراب فراگیر گزارش شد که معناداری این تفاوت در جدول فوق به اثبات رسید. بدین‌سان فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین دو گروه دارای اضطراب فراگیر و بهنجار از لحاظ دارا بودن متغیر سرسختی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید شد.

فرضیه سوم عبارت از این بود که میزان خودکارآمدی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر و بهنجار متفاوت است.

در جدول زیر این فرضیه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول ۶- نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی دو گروه

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P
گروه	میل به آغازگری رفتار	۲۷۵۴/۴۵	۱	۱۳۷۷/۲۲	۶/۲۱	۰/۰۱۵
	تمایل به تکمیل رفتار	۹۴۶۵/۶۱	۱	۴۷۳۲/۸۰	۹/۷۳	۰/۰۰۳
	پافشاری در انجام رفتار در صورت ناکامی	۷۲۴۸/۲۰	۱	۳۶۲۴/۱	۱۰/۴۵	۰/۰۰۱

جدول (۶)، نشانگر آن است که میزان F مشاهده شده بین دو گروه دارای اضطراب فراگیر و بهنجار از نظر میل به آغازگری رفتار ($P = ۰/۰۱۵$; $F = ۶/۲۱$ ؛ $df = (۱, ۶۶)$)، تمایل به تکمیل رفتار ($P = ۰/۰۰۳$; $F = ۹/۷۳$ ؛ $df = (۱, ۶۶)$) و پافشاری در انجام رفتار در صورت ناکامی ($P = ۰/۰۰۱$; $F = ۱۰/۴۵$ ؛ $df = (۱, ۶۶)$)، از تفاوت معناداری برخوردار است. در جدول ۱، بین معدل خودکارآمدی در دو گروه دارای اضطراب فراگیر و بهنجار، تفاوتی مشاهده شد و این مقدار در گروه بهنجار بالاتر گزارش شد که معناداری این تفاوت در جدول فوق به نمایش درآمد. بدین ترتیب فرضیه سوم نیز مورد تأیید قرار گرفته است.

به منظور بررسی فرضیه چهارم، پنجم و ششم که به بیان تفاوت میزان تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و خودکارآمدی در بین دانش‌آموزان دختر و پسر دارای اختلال اضطراب فراگیر می‌پردازند، از آزمون T دو گروه مستقل، بهره برده شد که به صورت جمع‌بندی شده در جدول ذیل به نمایش درآمد.

جدول ۷- آزمون معناداری تفاوت میزان تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و خودکارآمدی در دانش‌آموزان دارای اضطراب فراگیر بر

حسب جنسیت

متغیر وابسته	متغیر مستقل	تعداد	میانگین رتبه‌ها	مقدار آزمون T	سطح معناداری
تاب‌آوری	دختر	۵۳	۳۴/۲	۰/۰۱۴	۰/۱۹
	پسر	۳۴	۳۳/۷		
سرسختی روان‌شناختی	دختر	۵۳	۳۹/۱	۰/۴۲	۰/۰۸
	پسر	۳۴	۴۱/۳		
خودکارآمدی	دختر	۵۳	۴۸/۳	۰/۳۷	۰/۰۷
	پسر	۳۴	۴۵/۹		

با تأمل به مقادیر سطح معناداری جدول (۷) ($P > 0.05$)؛ این نتایج حاصل شد که بین دو جنس دختر و پسر دارای اضطراب فراگیر، از لحاظ برخورداری از سه خصیصه تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و خودکارآمدی، تفاوت معناداری وجود ندارد. بدین ترتیب فرضیه‌های مبنی بر وجود تفاوت معنی‌دار سه متغیر مذکور، میان دو جنس دختر و پسر دارای اضطراب فراگیر، رد شده و فرض H_0 تایید می‌گردد.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

مقصود از پژوهش حاضر، مطالعه مقایسه‌ای تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و خودکارآمدی در بین دانش‌آموزان دختر و پسر دارای اختلال اضطراب فراگیر و بهنجار بود. سنجش فرضیه‌ها بیانگر آن بود که تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و خودکارآمدی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر و بهنجار از تفاوت معناداری برخوردار می‌باشد. یافته‌های حاصل، با نتایج پژوهش‌های هاشمی و همکاران [۲۶]، رحمتی و همکاران [۸]، حسینی و امیری [۲۷]، گنجی و همکاران [۲۸]، شاه‌مرادی [۲۹]، اخوان حجازی و همکاران [۳۰]، سالک و همکاران [۳۱]، کواس و بورس [۳۳]، سندویکا و همکاران [۳۳]، لندن و همکاران [۳۴]، نصیرزاده و همکاران [۳۵]، وبستر [۳۶]، خرمانی و همکاران [۳۷]، افروز و همکاران [۳۸]، علی‌اصغریور [۳۹]، مدبر و همکاران [۴۰]، نیلسن و همکاران [۴۱]، بیس و سالانوا [۴۲] در تشابه بود.

پیرامون تبیین رابطه میان تاب‌آوری و اضطراب باید گفت که تاب‌آوری، دیدگاه مثبت و در نتیجه رضایت از زندگی را با اثربخشی بر نوع احساسات و هیجان‌های فرد در پی دارد [۴۳]. در زمینه نقش تاثیرگذارندگی اضطراب بر تاب‌آوری، راتر^{۳۷} (۱۹۸۷) در تطابق با مدل چالش، بر این عقیده است که عامل خطر (عامل فشارزا)، خود ارتقاء دهنده ذاتی تطابق موفق (تاب‌آوری) است. در مدل وی؛ چالش کافی با اضطراب خیلی کم، به وجود نمی‌آید. افزون بر این، کنش‌های ناسازگارانه نیز به دنبال سطوح بالای اضطراب ایجاد نمی‌شود. اما در حد میانه آن و رودررویی با چالش و پیروزمندی در مقابل آن، تقویت کفایت و تاب‌آوری را منجر خواهد شد. منطبق با نظریه نیومن^{۳۸} (۲۰۰۳)، تاب‌آوران به شیوه ابداع‌گرانه و نرمش‌پذیر به پیش‌آمدها نگرسته و از راه طرح‌ریزی، کمک‌خواهی و با در نظر گرفتن منابع در اختیار، جهت برخورد با مسائل، به بالا بردن میزان سلامت روان‌شناختی و جسمانی خویش می‌پردازند [۴۴]. تحقیقات نشانگر آن است که روان‌آزرده‌گرایی به عنوان یکی از پنج عامل بزرگ شخصیت، پیشگویی کننده منفی تاب‌آوری است. از آنجا که خصیصه‌های همراه با این عامل شخصیتی، همانند غم،

^{۳۱} Kovács & Borcsa

^{۳۲} Sandvika

^{۳۳} Landon

^{۳۴} Webster

^{۳۵} Webster

^{۳۶} Beas & Salanova

^{۳۷} Ratter

^{۳۸} Newman

اندوه، خلق پایین و تشویش، نگرانی، خشم و تکانش‌گری در بیماران افسرده و مضطرب نیز مشاهده می‌شود، ناهمگونی بین مضطربین و بهنجاران در مؤلفه شکیبایی و تاب‌آوری قابل تبیین به نظر می‌رسد [۳۷].

در راستای تبیین فرضیه دوم؛ پژوهش‌ها گویای آن هستند که سرسختی با سلامت بدنی و روانی ارتباط مثبت دارد. همچون سرچشمه پایداری درونی، کاهنده واکنش‌های منفی استرس و اضطراب بوده و از این طریق، پیش‌گیر اختلالات بدنی و روانی می‌باشد. تارتاسکی^۱ [۴۵] نیز باور دارد که سرسختی، کارایی افراد را برای مواجهه بالا برده و به افراد در رویارویی با استرس و اضطراب کمک می‌کند. در تبیین تفاوت سرسختی در بین افراد مضطرب و عادی، مطالعات نشان داده‌اند که بین میزان سرسختی روانشناختی و میزان اضطراب رابطه معکوس وجود دارد. این نتیجه در یافته‌های کوباسا [۱۸] نیز به دست آمده است. وی معتقد است که نیروی افراد در مهار وضعیت، پایداری به وظایف و برخورد با پیشامدها در کنار برخوردی از سرسختی، بیشتر می‌شود. گویی افراد سرسخت، از سبک فعال حل مسئله به معنای روشی که سختی روانی را به تجربه‌ای بی-خطر مبدل می‌سازد، به منظور مقابله با مسائل بهره جسته و بدین‌سان حدود تشویش و احساس ناگواری در آنان، بسیار پایین است. افراد سرسخت به رویارویی موفق و کارآمد در برابر استرسها با وجود بروز پیشامدهای ناگوار امیدوارند، از توانایی یافتن معنی در تجارب آشفته برخوردارند و به نقش خود به عنوان فرد ارزنده و با اهمیت باور دارند. به باور کینگ و همکاران [۴۶] نیز، افراد سرسخت موقعیت‌های ناگوار را بیشتر از تهدیدکنندگی، چالش‌انگیز ارزیابی می‌کنند. حس تعهد بالاتری نسبت به وضعیت‌های خود داشته، حس کنترل‌کنندگی بیشتری را تجربه می‌کنند و شرایط فشارزا را به مانند مجالی بالقوه برای دست-یابی به تحول نگریسته و از این رو حافظ سلامت روان خود می‌باشند.

در تبیین فرضیه سوم؛ بندورا خودکارآمدی را به دید کارگزاری می‌داند که در مقام یک میانجی شناختی عمل کرده و بینش و اندیشه‌ها و احساسات فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افراد با پیش‌داوری‌های درست از توانمندیهای خویش، قادرند با واریسی صحیح و موشکافانه موقعیت و شرایط، با چالش‌ها برخورد کرده تا از بروز آسیب‌پذیری و بیماری‌ها پیشگیری کنند. از سویی، باورهای خودکارآمدی مناسب در فرایند درمان، موجب می‌گردد، فرد جدیت، مشارکت و همکاری بیشتری داشته و متعاقباً در بهبودی، بسیار کارآمد واقع می‌شود [۴۷]. وی معتقد به کاهش سطح اضطراب به واسطه خودکارآمدی نیز می‌باشد. در نظر وی، خودکارآمدی هم به شیوه بی‌واسطه و هم به واسطه استقلال و خودمختاری اخلاقی که در صورت افسار گسیختگی، از بین برنده اشتیاق یادگیری است، کامیابی را افزایش می‌دهد. به استناد نظریه شناختی اجتماعی بارلو (۱۹۹۱)، افراد با حس استنباط سست و کم زور از خودکارآمدی خود در رویارویی با خطر بالقوه، اضطراب و پریشانی بالایی را به دوش می‌کشند. رویداد تهدیدآمیز ذاتاً، اضطراب را در پی نخواهد داشت، بلکه دریافت ناکارآمدی در سازش با آن وضعیت مسبب این هیجان می‌گردد [۴۸].

سنجش سه فرضیه دیگر پژوهش نشانگر آن بود که درجه تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و خودکارآمدی در میان دختر و پسر دانش‌آموز که دارای اختلال اضطراب فراگیر بوده‌اند، ناهم‌سویی معناداری نداشت. این نتایج با یافته‌های مطالعات عرب و همکاران [۴۹]، لندن و همکاران [۳۴]، هاشمی و احمدی [۲۶]، فروزان و حسین زاده [۵۰]، اشرف گنجویی و رضوی [۵۱]، زاهد بایلان و همکاران [۵۲]، دریادل و همکاران [۵۳] منطبق بوده است. تحلیل‌های صورت گرفته با هدف بازبینی تفاوت‌های جنسیتی در زمینه تاب‌آوری، بیانگر کمرنگ شدن اختلافات معنادار بین افراد مؤنث و مذکر در زمینه تاب‌آوری است. برای

^۱: Tartasky

^۲: King

نمونه، هنلی^۱ [۵۴] بین حجم تاب‌آوری دختران و پسران تفاوت معناداری پیدا نکرد؛ اما عنوان داشت که دختران و پسران از راهبردهای ناهمگونی جهت افزایش تاب‌آوری خود بهره می‌برند. پژوهش‌های روان‌شناختی معاصر در پی تبیین دگرذیسی نقش‌های جنسیتی می‌باشند. چرا که به هم نزدیک‌تر شدن نقش‌های جنسیتی زنانه و مردانه، هم از جانب اجتماع و هم از لحاظ تغییر در باور به توانمندی‌های خویش در واکنش به مسائل در دو جنس، خلق و خوی روحی و روانی پسران و دختران را مقارن‌تر کرده و می‌توان گفت تفاوت در شیوه رفتار با پیشامدها و تاب‌آوری در میان آنها کم سوتر می‌شود.

درباره تفاوت میان دو جنس پسر و دختر از لحاظ سرسختی روان‌شناختی، رویکردهای ذات‌گرایانه توجیهات سنتی‌تری از ارزش‌های جنسیتی بیان داشتند. بر اساس این دیدگاه، خصایصی همچون تعلقات احساسی، هیجان‌مداری، برخوردی بی‌اراده و کنش‌پذیر با رویدادها و چالش‌های زندگی، تعاملات اضطرابی، حس شایستگی فردی و مناعت طبع پایین با نقش‌های زنانگی پیوستگی بیشتری داشته و در مقابل، خودمختاری، توان تصمیم‌گیری، اقتدار، مسئله‌مداری و رودررویی کنشگرانه و کاراً با چالش‌ها، و عزت نفس وجه ممیز شخصیتی و روان‌شناختی همسو با نقش‌های مردانه است. اما امروزه بازبینی دریافت‌های پژوهشی حیطه جنسیت، حاکی از آن است که اختلاف میان نقش‌های جنسیتی زنانگی و مردانگی در متغیرهای گوناگون شناختی و روان‌شناختی رو به کاستن است [۵۵]. مضاف بر این، دقت به آنکه سرسختی روان‌شناختی به سان دسته‌ای از خوی‌ها و خصایص شخصیتی در قالب یک منبع مقاومت در رویارویی با رویدادهای دلهره آور زندگی عمل می‌کند، از اینرو بیش از هر چیزی قادر است به واسطه ایجاد تلقی مثبت از رخدادها، تمرکز بر کنش برنامه‌ریزی شده و نیز کفایت در برپایی شبکه‌های اجتماعی به جهت دستیابی به حمایت و پیگیری به منظور حل مسائل و چالش‌ها و برخورد کاراً و سخت در مقابل فشارها عمل کند. البته همه این موارد می‌تواند سوای از نقش‌های جنسیتی مردانگی و زنانگی به دگرگونی انگاره افراد در طی زمان در خصوص صفات مردانه و زنانه و جنبش افراد به سوی نقش‌های دو جنسیتی، مثر ثمر باشد. از این رو در تأیید همبسته‌های سرسختی روان‌شناختی، به نظر می‌رسد صرف نظر از نقش‌های جنسیتی، صفات شخصیتی و جهت‌گیری عاطفی دانش‌آموزان در کنترل خود که وابسته به جامعه‌پذیری و یادگیری اصول خودکنترلی و خود تغییردهی مثبت می‌باشد، باید لحاظ گردد.

در ادامه، به نظر می‌رسد در جامعه مورد مطالعه پژوهش حاضر، بر دیدگاه فرهنگی غالب در خصوص تفاوت‌های جنسیتی در خودکارآمدی تأکید نداشته و به عبارت دیگر اجتماع تفاوت‌چندانی میان دختران و پسران دانش‌آموز از لحاظ باور به خود قائل نبوده و اهتمام بر توان‌بخشی خودباوری و خودکارآمدی دختران در مقابل پسران در خور نگرش خانواده‌ها و آموزش و پرورش می‌باشد. از این رو حتی در میان دانش‌آموزان پسر و دختر دارای اضطراب فراگیر نیز تفاوت معناداری از لحاظ خودکارآمدی مشاهده نشده است. ورت گوت، اورت و واردنبرگ (۲۰۰۹) در مطالعه‌شان بیان داشتند؛ پایین آمدن تمایز میان نقش‌های جنسیتی و تفاوت زنان و مردان در ویژگی‌های روان‌شناختی چون خودکارآمدی با کاهش تفاوت چشمداشت‌ها و ضروریات اجتماعی-فرهنگی ارزش‌های وابسته به جنس و دگرگون ساختن «خود» وابسته است. کراس و مارکوس (۲۰۰۳) نیز پنداشت فرد در مورد «خود» را در گستره زمان قابل تغییر دانسته‌اند. این امر با تغییر برداشت‌های خود ارزشی مثبت افراد در کنار دگرگونی‌های کارساز در حصول ترقی بیشتر در تقابل با گذشته، آرمانخواهی و توسعه وضعیت فرد در اجتماع در طول زمان قابل درک خواهد بود [۲۶].

^۱ Henley

در خاتمه می‌توان اذعان کرد که این پژوهش بینشی ژرف در خصوص قیاس تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر و پسر دارای اضطراب فراگیر و بهنجار به وجود می‌آورد، بدین‌سان که سازوکار اثرات مستقیم و غیر مستقیم تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و خودکارآمدی بر اضطراب فراگیر و مضاف بر آن، میزان و مقدار برخورداری این متغیرها در دانش‌آموزان دختر و پسر دارای اضطراب فراگیر و بهنجار را تفهیم می‌کند و این مهم می‌تواند برای مشاوران مدارس، روانشناسان تربیتی، معلمان و آنانی که با آموزش و یادگیری سروکار دارند، در رویارویی با مشکلات رفتاری و تحصیلی دانش‌آموزان کاربردی باشد. با توجه به این ساختار، الگوهایی معتبر برای کاستن از اضطراب فراگیر و در پی آن ارتقای متغیرهای مذکور در دانش‌آموزان فراهم می‌شود. این پژوهش همچون سایر پژوهش‌ها دارای محدودیتهایی بوده است؛ داده‌های این پژوهش به صورت پرسشنامه گردآوری شده‌اند و از اختلال برجسته این شیوه، کنترل تأثیر مطلوبیت اجتماعی نهفته است. این امر منجر به کاهش کارایی ابزار اندازه‌گیری می‌گردد. جهت غلبه بر این مشکل پیشنهاد می‌شود از شیوه‌های ارزیابی چندگانه بهره‌گیری شود. همچنین این مطالعه بر پایه نمونه دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهر بابل در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ صورت گرفته است که قابلیت تعمیم‌دهی نتایج را محدود می‌کند. انجام دادن پژوهش در دوره‌های تحصیلی دیگر و با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوت‌تر می‌تواند گامی در جهت حل این معضل باشد. در پایان، مطالعه در زمینه آموزش راهکارهای کاهش اضطراب فراگیر و بررسی اثرات دوسویه آن با تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و خودکارآمدی در مقیاس‌های بزرگتر استانی و کشوری و اجرای پژوهش‌های مشابه بر روی سایر مقاطع تحصیلی، به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌گردد.

منابع و مراجع

۱. Barlow, D. H. (2010). Clinical Handbook of Psychological Disorders Fifth Edition; A Step-by-Step Treatment Manual. New York: Guilford Press.
۲. انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳) راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5، ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۳)، چاپ اول، نشر روان، صفحه‌ی ۳۶.
۳. گنجی، مهدی. (۱۳۹۳). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5، چاپ دوم، انتشارات ساوالان. صفحه‌ی ۷۳.
۴. خدایاری فرد، محمد؛ منصوری، احمد؛ بشارت، محمد علی؛ غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۶). درمان‌های یکپارچه شده دینی-معنوی و اختلال اضطراب فراگیر. تحقیقات علوم رفتاری. شماره ۱۵، پیاپی ۱، ص ۱۲۶-۱۳۴.
۵. نریمانی، محمد؛ درویش حق‌جو، حسین؛ توکلی، مهتاب و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۱). میزان شیوع اختلال فراگیر و بررسی تفاوت جنسیتی در میزان شیوع اختلال اضطراب فراگیر، چهارمین کنگره بین‌المللی روان‌تنی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان).
۶. نوربالا، احمدعلی؛ باقری یزدی، عباس؛ یاسمن، محمدتقی. (۱۳۸۱). نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران، تهران: مؤلف.
۷. عرفانیان خدیوی، نگین؛ درخشان پور، فیروزه؛ خسروی، عفیفه؛ و کاشانی، لیلا. (۱۳۹۹). فراوانی اختلالات اضطرابی کودکان ۸ تا ۱۲ ساله خانواده‌های تک‌فرزند و چند فرزند شهر گرگان (۱۳۹۶). مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، شماره ۲۲، پیاپی ۴، ص ۱۱۱-۱۰۶.
۸. رحمتی، عباس؛ امیرتیموری، رضا؛ پورابراهیمی، محجوبه. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های نظم‌دهی هیجان بر تاب‌آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، شماره ۳، پیاپی ۲۳، ص ۳۶۸-۳۷۹.

۹. سادوک، بنجامین؛ سادوک، ویرجینیا. (۲۰۰۷). راهنمای جیبی روانپزشکی بالینی کاپلان و سادوک، ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۸۸)، چاپ اول، انتشارات ارجمند، صفحه ۳۹.
۱۰. Maldonado L, Huang Y, Chen R, Kasen S, Cohen P, Chen H.(2013) Impact of Early Adolescent Anxiety Disorders on Self-Esteem Development From Adolescence to Young Adulthood. *Journal of Adolescent Health*;53(2), pp 287-92.
۱۱. Dieleman GC, Huizink AC, Tulen JHM, Utens EMWJ, Creemers HE, van der Ende J, et al.(2015) Alterations in HPA-axis and autonomic nervous system functioning in childhood anxiety disorders point to a chronic stress hypothesis. *Psychoneuroendocrinology*;51, pp135-50.
۱۲. اکبری کلور، سیده مریم؛ حبیبی، مرضیه؛ قطور، زینب؛ عظیمی راویز، فاطمه. (۱۳۹۸). اثربخشی شفقت درمانی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. زن و فرهنگ. شماره ۴۰، ص ۵۳-۶۶.
۱۳. بهشتی، ابراهیم؛ ضرغام حاجبی، مجید. (۱۳۹۷). رابطه تاب آوری و عمل به باورهای دینی با اضطراب و افسردگی در سربازان، مجله طب نظامی، شماره ۲۰، پیاپی ۳، ص ۳۳۳-۳۴۱.
۱۴. مؤمنی، خدامراد؛ جلیلی، زهرا؛ محسنی، رجا؛ کرمی، جهانگیر؛ سعیدی، مژگان و احمدی، سید مجتبی. (۱۳۹۴). اثر بخشی آموزش تاب آوری بر کاهش علائم اضطرابی نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی، مجله تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی. شماره ۲، پیاپی ۴، ص ۱۱۹-۱۱۲.
۱۵. محمدی، الهام؛ صیدآبادی، مرضیه؛ زینل آبادی، رضوان؛ توحیدی، افسانه؛ نوروزی نیا، روح انگیز. (۱۳۹۴). رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با اضطراب امتحان: نقش واسطه ای خودکارآمدی، راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی، شماره ۲، پیاپی ۲، ص ۲۳-۳۳.
۱۶. نبوی، سید صادق؛ سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۶). پیش بینی سلامت روان معلمان بر اساس خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی، نشریه مدیریت ارتقای سلامت، شماره ۶، پیاپی ۶، ص ۱۵-۲۴.
۱۷. شفیع آبادی، عبدالله؛ ناصری، غلامرضا. (۱۳۹۷). نظریه های مشاوره و روان درمانی، تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
۱۸. Kobasa, S. C., Maddi, S. R. and Khan, S. (1984). Hardiness & Health: A Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 42, pp. 68- 177.
۱۹. رمضانی، فریدون؛ حجازی، مسعود. (۱۳۹۶). نقش تاب آوری و سرسختی روان شناختی در سلامت روانی افراد ورزشکار و غیر ورزشکار. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، شماره ۱۵، پیاپی ۲، ص ۲۷-۳۶.
۲۰. نایینیان، محمدرضا؛ شعیری، محمدرضا؛ شریفی، معصومه؛ هادیان، مهری. (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7). روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، شماره ۳، پیاپی ۴، ص ۴۱-۵۰.
۲۱. Connor KM, Davidson JRT.(۲۰۰۳). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson ResilienceScale (CD-RISC). *Depress Anxiety*;18(2), pp 76-82.
۲۲. آهنگرزاده رضایی، سهیلا؛ رسولی، مریم. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی. پرستاری و مامایی. شماره ۱۳، پیاپی ۹، ص ۷۳۹-۷۴۷.
۲۳. حقی، صبا؛ حق طلب، طاهره؛ عسگری، محمد. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه ها و قواعد به شیوه گروهی بر نگرش به بی معنایی زندگی و سرسختی روان شناختی زنان سرپرست خانوار با کیفیت زندگی پایین، پژوهشهای روانشناسی بالینی و مشاوره، شماره ۸، پیاپی ۱، ص ۱۰۵-۱۲۳.
۲۴. دلیر، مجتبی؛ آقاییوسفی، علیرضا. (۱۳۹۴). نقش خودکارآمدی و هراس اجتماعی در پیش بینی وابستگی به اینترنت در دانش آموزان. رویش روان شناسی، شماره ۴ (۴): ۹۳-۱۰۴.

۲۵. زهتاب نجفی، عادلہ؛ سلامی، صفورا. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مهارت زندگی در کاهش اضطراب زنان مطلقه. زن و فرهنگ. شماره ۴، پیاپی ۱۳، ص ۸۵-۹۳.
۲۶. هاشمی، سهیلا؛ احمدی، ام البنین. (۱۳۹۴). نقش خودکارآمدی عمومی و نقش های جنسیتی مردانگی و زنانگی در سرسختی روان شناختی، پژوهش های نوین روانشناختی، شماره ۱۰، پیاپی ۳۷، ص ۷۱-۸۷.
۲۷. حسینی، زینب السادات و امیری، حسن. (۱۳۹۴). رابطه بین تاب آوری با میزان اضطراب دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهرستان اسلام آباد غرب، نخستین کنگره بین المللی جامع روانشناسی.
۲۸. گنجی، حمزه؛ مامی، شهرام؛ نیازی، الباس؛ امیریان، کامران. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش سخرتویی (مدل کوباسا و مدی) بر اضطراب امتحان و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان، نشریه علمی-پژوهشی آموزش و ارزشیابی، شماره ۸، پیاپی ۲۹، ص ۶۱-۷۳.
۲۹. شاه مرادی، زینب. (۱۳۹۳). مقایسه نقش باورهای فراشناختی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان.
۳۰. اخوان حجازی، زهراسادات؛ آقا یوسفی، علیرضا؛ محمدی، مریم. (۱۳۸۹). بررسی و مقایسه اختلالات اضطرابی بین دانش آموزان دختر و پسر (۱۲- ۹) سال در مقطع دبستان و راهنمایی شهرستان کاشان. ششمین همایش بین المللی روانپزشکی کودک و نوجوان.
۳۱. Salek Ebrahimi, L., Mousavi, S. E., Gharraee, B., Mohammadi Bytamar, J., & Saberi Isfeedvajani, M. (2019). Cognitive Errors and Psychological Resilience in Patients With Social Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorder: A Cross-Sectional Study. *Hospital Practices and Research*, 4(1), 25-30.
۳۲. Kovács, Ildikó Katalin & Mária Borcsa. (2017). The relationship between anxiety, somatic symptoms and hardiness in adolescence, Romanian. *Journal of Applied Psychology*: Vol. 19, No. 2, pp 42-49.
۳۳. Sandvika, Asle M. Anita L. Hansenab, Sigurd William Hystada, Bjørn Helge, Johnsen, Paul T. Bartoneac. (2015). Psychopathy, anxiety, and resiliency – Psychological hardiness as a mediator of the psychopathy–anxiety relationship in a prison setting. *Personality and Individual Differences*, 72, pp 30-34.
۳۴. Landon, Terri M., Ehrenreich-May, Jill., Pincus, Donna B. (2007). Self-efficacy: A Comparison Between Clinically Anxious and Non-referred Youth Child. *Psychiatry & Human Development*, 38(1), pp 31-45.
۳۵. نصیرزاده، زیبا؛ رضایی، علی محمد؛ محمدی فر، محمد علی. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش احساس تنهایی و اضطراب دانش آموزان دختر دبیرستان. روان شناسی بالینی. شماره ۱۰، پیاپی ۲، ص ۲۹-۴۰.
۳۶. Webster, Rebecca (2016) Does resilience mediate the relationship between emotion dysregulation and Generalised Anxiety Disorder? Doctoral thesis, University of East Anglia.
۳۷. خرمانی، فرهاد؛ فرمانی، اعظم؛ کلانتری، شکیب. (۱۳۹۴). مقایسه مولفه های صبر در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب تعمیم یافته و افراد بهنجار، مجله علوم رفتاری، شماره ۹، پیاپی ۱، ص ۷۷-۸۴.
۳۸. افروز، غلامعلی؛ ارجمندنیاء، علی اکبر؛ تقی زاده، حسین؛ قاسم زاده، سوگند؛ اسدی، راضیه. (۱۳۹۲). بررسی مقایسه ای باورهای خودکارآمدی و سلامت روان در میان دانش آموزان تیزهوش و عادی، مجله مطالعات ناتوانی، شماره ۳، پیاپی ۳، ص ۲۷-۳۸.

۳۹. علی اصغرپور، پریا. (۱۳۹۷). تاثیر خودکارآمدی تحصیلی در سلامت روان دانش‌آموزان، دومین کنفرانس دانش و فناوری روانشناسی، علوم تربیتی و جامعه شناسی ایران، تهران، موسسه برگزار کننده همایش‌های توسعه محور دانش و فناوری سام ایرانیان.
۴۰. مدبر، سیف‌اله؛ صدری دمیرچی، اسماعیل؛ محمدی نسیم. (۱۳۹۷). پیش‌بینی سلامت روان دانش‌آموزان براساس باورهای دینی، خودکارآمدی تحصیلی و رشد اخلاقی، مجله روانشناسی مدرسه. شماره ۷، پیاپی ۴، ص ۱۴۰-۱۵۴.
۴۱. Nielsen, K., Yarker, J., Randall, R., & Munir, F. (2009). The mediating effects of team and self-efficacy on the relationship between transformational leadership, and job satisfaction and psychological well-being in healthcare professionals: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46(9), pp 1236-1244.
۴۲. Beas, M.I., & Salanova, M. (2006). Self-efficacy beliefs, computer training and psychological well-being among information and communication technology workers. *Computers in Human Behavior*, 22(6), 1043-1058.
۴۳. ضمیری نژاد، سمیه؛ گلزاری، محمود؛ برجعلی، احمد؛ حجت، سید کاوه؛ اکبری، سید آرش. (۱۳۹۱). مقایسه اثر بخشی آموزش تاب‌آوری بصورت گروهی و شناخت‌درمانی گروهی بر کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر خوابگاهی، مجله علوم پزشکی دانشگاه خراسان، شماره ۴، پیاپی ۴، ص ۶۳۱-۶۳۸.
۴۴. روشن، نگین؛ یار احمدی، یحیی؛ پرهیزکار، باران. (۱۳۹۵). مقایسه تاب‌آوری در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد عادی شهرستان سمنج، مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت، شماره ۳، پیاپی ۳، ص ۸۱-۸۸.
۴۵. Tartasky, D. S. (1993). Hardiness: Conceptual and methodological issues. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 25(3), pp 225-229.
۴۶. King, L. A., King, D. W., Keane, T. M., Faribank, J. F., & Adams, G. A. (1998). Resilience-recovery factors in posttraumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support and additional stressful life events. *Journal of Personality and Psychology*, 74, pp 420-434.
۴۷. اسمخانی اکبری نژاد، هادی؛ اعتمادی، احمد؛ نصیرنژاد، فریبا (۱۳۸۹) خودکارآمدی و رابطه آن با سلامت روان و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر، زن و مطالعات خانواده، شماره ۲، پیاپی ۸، ص ۱۳-۲۵.
۴۸. کولیوند، پیرحسین؛ دادفر، طیبه؛ دادفر، محبوبه؛ کاظمی، هادی. (۱۳۹۳). خودکارآمدی، چاپ اول، انتشارات میرماه، صفحه‌ی ۵۸.
۴۹. عرب طاهری، مهین؛ سعید، بهرام بختیاری؛ اسدی، جوانشیر. (۱۳۹۴). رابطه سرسختی روانشناختی و خودکارآمدی با سلامت روان دانشجویان، نخستین کنگره بین‌المللی جامع روانشناسی ایران، تهران، مرکز همایش‌های توسعه ایران.
۵۰. فروزان، عالمه؛ حسین‌زاده، امیدعلی. (۱۳۹۷). مقایسه خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسط دوم آموزش و پرورش پارس‌آباد، کنفرانس ملی دستاوردهای نوین جهان در تعلیم و تربیت، روانشناسی، حقوق و مطالعات فرهنگی - اجتماعی، خوی، دانشگاه آزاد اسلامی زرقان - آموزش عالی علامه خویی وابسته به وزارت علوم تحقیقات و فناوری.
۵۱. اشرف گنجویی، الناز و ویدالسادات رضوی. (۱۳۹۶). مقایسه خودکارآمدی در بین دانشجویان دختر و پسر. دومین همایش روانشناسی و علوم تربیتی ایران، حیرفت، همایش گستران.
۵۲. زاهد بابلان عادل، رضایی شریف علی، شکری مهدی. (۱۳۹۸). مقایسه اشتیاق تحصیلی، خلاقیت هیجانی و خودکارآمدی تحصیلی در بین دانش‌آموزان تیزهوش دختر و پسر، فصلنامه علمی - پژوهشی پژوهش‌های مشاوره، شماره ۱۸، پیاپی ۷۱، ص ۱۰۰-۱۲۰.

۵۳. دریادل، سید جواد؛ شریفی، نیلوفر؛ حیدری راد، حدیث؛ نبی دوست، علیرضا. (۱۳۹۷). مقایسه باورهای خودکارآمدی، راهبردهای تنظیم هیجان و تحمل ابهام در دانش آموزان دختر و پسر دارای اضطراب امتحان، رویش روان شناسی، شماره ۱، پیاپی ۲۲، ص ۱۷۹-۱۹۸.

۵۴. Henley, R., Schweizer, I., De Gara, F. and Vetter, S. (2007). How psychosocial sport and play programs help youth manage adversity: A review of what we know and what we should research . International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 12, pp 51-58 .

۵۵. هاشمی، مرضیه؛ درویشه، زهرا؛ یزدی، سیده منور. (۱۳۹۸). مقایسه سرسختی روان شناختی و تنظیم هیجان در دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی و بهنجار، مطالعات روان شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهرا(س). شماره ۱۵، پیاپی ۱، ص ۴۱-۵۶.