



Efficacy of resilience training on symptoms reduction on depression, anxiety, aggression, and sleep disorder of adolescence with post-traumatic stress disorder (PTSD) in the 12-Day Iran-Israel war

Elahe Mehdi^{*1}, Reihane Jafari², Golnaz Bakhshi³

1. Corresponding author, Master of Personality Psychology, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Master Student of Educational Psychology, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Guidance and Counseling, Farhangian University Campus Shahid Chamran, Tehran, Iran.

Article Info

Article type: Research Article

Article history:

Received: 26 July 2025

Revised: 01 February 2026

Accepted: 01 February 2026

Published online: 12 April 2026

Keywords:

Resiliency,
Depression,
Anxiety,
Aggression,
Sleep Quality,
PTSD.

ABSTRACT

The aim of this study was to efficacy of resilience training on symptoms reduction on depression, anxiety, aggression, and sleep disorder of adolescence with post-traumatic stress disorder in the 12-Day Iran-Israel war. This study is quasi-experimental research with pretest and posttest design and control groups. The statistical population in this study consisted of all students of the first high school in Shahr-e-Rey in the academic year 2024-2025 who had suffered from post-traumatic stress disorder in the 12-Day Iran-Israel war in July 2025. The sampling method was convenience sampling and the sample included 30 high school students in Shahr-e-Rey who had obtained a score of more than 50 in the PCL-5 diagnostic test and the samples were randomly divided into experimental and control groups (15 students in each group). Then, the experimental group was taught Kruger's (2006) resilience and the control group waited. The tool used was PTSD checklist for DSM-5 (Weathers et al, 1991), Beck depression inventory (Beck et al, 1961), Beck anxiety inventory (Beck et al, 1988), aggression questionnaire (Williams et al, 1996) and Pittsburgh sleep quality index (Buysse et al, 1989). Data were analyzed by ANCOVA in SPSS, Version 26. The results showed that Resilience training had a significant effect on reducing the symptoms of depression, anxiety, aggression and sleep disturbance in students with post-traumatic stress disorder in the 12-Day Iran-Israel war ($P < 0.05$). So that, compared to the control group, the experimental group had a 73% reduction in depressive symptoms, an 86% reduction in anxiety symptoms, an 89% reduction in aggression symptoms, and a 58% reduction in sleep disorders symptoms. Based on the results, counselors and psychologists are recommended to use resilience strengthening techniques to improve post-traumatic stress disorder.

Cite this article: Mehdi, Elahe., Jafari, Reihane., & Bakhshi, Golnaz. (2026). Efficacy of resilience training on symptoms reduction on depression, anxiety, aggression, and sleep disorder of adolescence with post-traumatic stress disorder (PTSD) in the 12-Day Iran-Israel war. *Cultural Studies of "Resiliency" (based on interdisciplinary approach)*, 1 (1), 14-37.

Correspondence: mhdstat2021@gmail.com

Publisher: Hakim Sabzevari University

The Author(s) retain the copyright and full publishing rights



<https://doi.org/10.22034/jcsr.2026.537291.1001>

EXTENDED ABSTRACT

INTRODUCTION

War is a word that unconsciously leads the human mind to insecurity, instability, and destruction, because war is not just a military battle, but a psychological disaster. In situations of war and severe crises, the nervous system of the body naturally deviates from the rational path on which human life normally works, and enters a state of alert. If this condition is prolonged and not controlled, it will lead to brain exhaustion and lead to mental disorders. The harms of war and its psychological consequences are more severe, stable, and complex among some groups, and children and adolescents are among the most sensitive and vulnerable segments of society, including the most vulnerable groups to the psychological and social pressures of war. What makes the vulnerability of this group more important than ever is that many of them do not find the opportunity to discuss their problems due to their inability to express their emotions and feelings, so without receiving proper treatment, they retain these disorders in themselves until adulthood and pass them on to the next generations. Therefore, timely addressing the problems caused by this group's war can prevent them from becoming chronic disorders and prevent long-term destructive effects. In this regard, one of the effective structures on managing and reducing psychological problems caused by war, which many studies have confirmed its role, is resilience, which means the ability to cope with hardships, recover after failures, and continue with more strength. This concept not only implies tolerance for adversity, but also the ability to grow and develop in the face of these challenges. Resilience allows people to adapt to the stress and traumas of war, and to maintain a sense of inner control in order to be able to face the challenges posed by war in a constructive way. Thus, resilience means the ability of an individual, group, or community to adapt and cope with the challenges, changes, and crises caused by war, the ability of a society to maintain cohesion, resist demoralization, and recover from the traumas of war. In line with the recent topics, considering the destructive effects of war, especially for adolescents and considering the importance of the resilience construct in improving the psychological consequences of war, it is necessary to create a culture and inform about the realities and psychological consequences of war and how to deal with them correctly. Accordingly, the present study aimed to investigate the effectiveness of resilience training on reducing symptoms of depression, anxiety, aggression and sleep disturbances in adolescents with stress disorder after the 12-day Iran-Israel war. Therefore, the present study seeks to provide solutions based on improving and promoting the resilience of adolescents in order to reduce the psychological and social pressures of war and prevent its destructive consequences from being transmitted to the next generation. It is hoped that the present study can be a basis for conducting more research in this field.

METHODOLOGY

The present study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included all high school students in Shahr-e-Rey in the academic year 2024-2025 who suffered from stress disorder after the 12-day Iran-Israel war in July 2025. The statistical sample consisted of 30 high school students in Shahr-e-Rey (15 in the experimental group and 15 in the control group) who had scored more than 50 in the PCL-5 diagnostic test. Sampling was done by convenience method and the samples were randomly assigned to control and experimental groups. Then, the experimental group underwent Kruger's resilience training (2006) and the control group waited. The data collection tools included the PTSD checklist for DSM-5 (Weathers et al, 1991), the depression inventory (Beck et al, 1961), the anxiety inventory (Beck et al, 1988), the aggression questionnaire (Williams et al, 1996), and the Pittsburgh sleep quality index (Buysse et al, 1989). Data were analyzed by univariate analysis of covariance using SPSS26 software.

RESULTS

As mentioned earlier, the research sample consisted of 30 high school students in the second district of Shahr-e-Rey in the form of two groups of 15 control and experiment. The mean score of symptoms of depression, anxiety, aggression and sleep disorder of these students is presented in Figure (1).

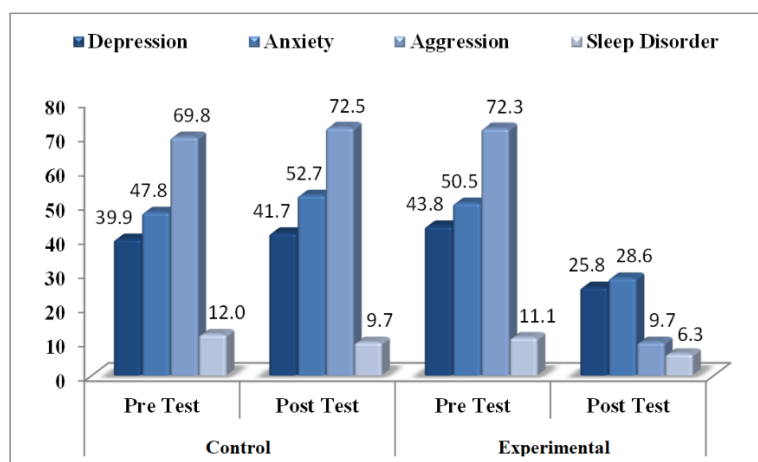


Figure (1). The mean score of students' symptoms of depression, anxiety, aggression and sleep disorder

The findings of univariate analysis of covariance showed that resilience training had a significant effect on reducing the symptoms of depression, anxiety, aggression and sleep disorder in students with stress disorder after the 12-day Iran-Israel war ($P > 0.05$). Compared to the students in the experimental group, students in the experimental group had a 73% reduction in depression symptoms, 86% reduction in anxiety symptoms, 89% reduction in aggression symptoms, and 58% reduction in sleep disorder symptoms.

CONCLUSIONS

In a world where wars and crises constantly strain the human psyche and body, it is just as important to understand the psychological effects of these events as it is to pay attention to their physical consequences. Accordingly, the management of the real crisis in the post-war situation is not limited to controlling the environment, but is more dependent on restoring the lost control of the brain and restoring it to the path of equilibrium. In this regard, the results of the study indicated that resilience training led to a reduction in the symptoms of depression, anxiety, aggression and sleep disturbance in students with stress disorder after the 12-day Iran-Israel war. Considering that training to promote resilience through increasing coping skills, improving emotional regulation and strengthening the ability to manage anger and stress, positive thinking, creating a support network, maintaining daily routines such as adequate sleep, healthy eating and physical activity, and doing calming activities, can help improve the signs and symptoms of post-traumatic stress disorder, counselors and psychologists should use resilience enhancement techniques. It is recommended to improve post-war stress disorder.

Acknowledgments & Funding

We would like to express our gratitude to the adolescents who participated in the research and their families who cooperated with the researchers, and to the officials of the schools in the second district of Shahr-e-Rey who helped the researchers in advancing their scientific goals. The research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or notfor-profit sectors.

Conflicts of Interest

The authors declare no conflict of interest.



اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و اختلال خواب نوجوانان مبتلا به اختلال فشار روانی پس از سانحه (PTSD) جنگ ۱۲ روزه ایران - اسرائیل

الهه مهدی^{۱*}، ریحانه جعفری^۲، گلناز بخشی^۳

۱. نویسنده مسئول، کارشناس ارشد روان‌شناسی شخصیت، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران.

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه آموزشی راهنمایی و مشاوره، پردیس شهید چمران دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله: پژوهشی</p> <p>دوره: اول</p> <p>شماره: اول</p> <p>صفحه: ۱۴-۳۷</p> <p>تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۰۴</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۱/۱۳</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۱۲</p> <p>تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۱/۲۵</p>	<p>پژوهش حاضر که با هدف بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و اختلال خواب نوجوانان مبتلا به اختلال فشار روانی پس از سانحه (PTSD) جنگ ۱۲ روزه ایران - اسرائیل اجرا شد، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمام دانش‌آموزان مقطع متوسطه اول شهرری در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود که در تیر ماه سال ۱۴۰۴ دچار اختلال فشار روانی پس از سانحه جنگ ۱۲ روزه ایران - اسرائیل شده بودند. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از دانش‌آموزان مقطع متوسطه اول شهرری (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) بود که در آزمون تشخیصی PCL-5 نمره بیشتر از ۵۰ کسب کرده بودند. نمونه‌گیری به روش دردسترس انجام شد و نمونه‌ها به‌طور تصادفی به گروه‌های کنترل و آزمایش تخصیص یافتند. سپس گروه آزمایش، تحت آموزش تاب‌آوری کراگر (۲۰۰۶) قرار گرفت و گروه کنترل در انتظار ماند. ابزار گردآوری داده‌های پژوهش شامل، آزمون اختلال فشار روانی پس از سانحه درز و همکاران (۱۹۹۱)، آزمون افسردگی بک (۱۹۶۱)، آزمون اضطراب بک (۱۹۸۸)، آزمون پرخاشگری ویلیامز و همکاران (۱۹۹۶) و آزمون کیفیت خواب پترزبورگ (۱۹۸۹) بود. داده‌ها به روش آنالیز کواریانس تک‌متغیری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS26 تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که آموزش تاب‌آوری اثر معناداری بر کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و اختلال خواب دانش‌آموزان دارای اختلال فشار روانی پس از سانحه جنگ ۱۲ روزه ایران - اسرائیل داشته است ($P < 0/05$). به‌طوری‌که دانش‌آموزان گروه آزمایش در مقایسه با دانش‌آموزان گروه کنترل، ۷۳ درصد کاهش علائم افسردگی، ۸۶ درصد کاهش علائم اضطراب، ۸۹ درصد کاهش علائم پرخاشگری و ۵۸ درصد کاهش علائم اختلال خواب داشتند. بر اساس نتایج، به مشاوران و روانشناسان به‌کارگیری تکنیک‌های تقویت تاب‌آوری در جهت بهبود اختلال فشار روانی پس از جنگ، توصیه می‌شود.</p>
<p>واژه‌های کلیدی:</p> <p>تاب‌آوری، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، کیفیت خواب، فشار روانی پس از سانحه.</p>	

استناد: مهدی، الهه؛ جعفری، ریحانه؛ و بخشی، گلناز (۱۴۰۵). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و بهبود کیفیت خواب نوجوانان مبتلا به اختلال فشار روانی پس از سانحه (PTSD) جنگ ۱۲ روزه ایران - اسرائیل. مطالعات فرهنگی «تاب‌آوری» (با رویکرد میان‌رشته‌ای)، ۱ (۱)، ۱۴-۳۷.

ایمیل نویسنده مسئول: mhdstat2021@gmail.com



ناشر: دانشگاه حکیم سبزواری

نویسنده(گان) حق نشر و حقوق کامل انتشار را حفظ می‌کنند.

۱. مقدمه

جنگ، واژه‌ای است که شنیدن آن ذهن انسان را ناخودآگاه به سوی ناامنی، بی‌ثباتی و ویرانی سوق می‌دهد؛ چراکه جنگ فقط یک نبرد نظامی نیست، بلکه یک فاجعه روانی است (ر.ک: بیگدلی، ۱۴۰۴: ۲). تاریخ ایران، بارها شاهد تهاجمات نظامی خارجی و نیز کشمکش‌های داخلی بوده است؛ در این بین، جنگ ۱۲ روزه ایران - اسرائیل، آخرین تجاوز به خاک ایران است که با حمله شبانه اسرائیل و ترور برخی از مقامات ارشد نظامی، دانشمندان هسته‌ای، شخصیت‌های رده بالای سیاسی و شهروندان غیرنظامی ایران در تاریخ ۱۳ ژوئن ۲۰۲۵ آغاز شد و پاسخ‌های موشکی و پهپادی گسترده ایران را در پی داشت؛ به نحوی که اسرائیل در میانه راه نیازمند کمک‌رسانی نظامی آمریکا گردید. سرانجام پس از ۱۲ روز جنگ، ایران و اسرائیل با میانجیگری آمریکا و قطر با یک آتش‌بس دوجانبه در ۲۴ ژوئن ۲۰۲۵ موافقت کردند؛ بر این اساس، جنگ ایران و اسرائیل با آتش‌بس متوقف شد و دو طرف هم اکنون در وضعیت نه جنگ نه صلح هستند.

با برقراری آتش‌بس در حمله اسرائیل به ایران، مسئولان باید به مدیریت عواقب روانی این جنگ توجه ویژه نمایند؛ چراکه آتش‌بس نه یک وضعیت نظامی و سیاسی، که به نوعی یک بالاتکلیفی روان‌شناختی و وجودی است و با پایان بحران جنگ، رنج روانی پایان نمی‌یابد. بالاخص که، اسرائیل در جنگ ۱۲ روزه، به جز حملات موشکی به سامانه پدافند هوایی و آسیب به برخی تأسیسات هسته‌ای و نظامی و ترور مقامات ارشد ایرانی، حملاتی نیز به مناطق غیرنظامی داشت که منجر به شهادت بالغ بر ۷۰۰ نفر از شهروندان غیرنظامی (شامل ۱۰۲ زن و ۴۷ کودک و نوجوان) و خسارات عدیده‌ای به اموال شخصی و عمومی شد (آسیانویز سه‌شنبه ۱۰ تیر ماه ۱۴۰۴ به نقل از اصغر جهانگیر، سخنگوی قوه قضائیه اعلام کرد که در جنگ ۱۲ روزه با اسرائیل ۹۳۵ نفر کشته شده‌اند که بالغ بر ۷۰۰ نفر از آنان غیرنظامی بودند و در میان کشته‌شدگان ۱۰۲ زن و ۴۷ کودک و نوجوان زیر ۱۸ سال دیده می‌شود (کدخبر ۳۰۵۳۳))؛ بی‌شک در چنین شرایطی، افراد و خانواده‌های بسیاری تحت فشارهای جسمی و روانی قرار گرفتند که بی‌توجهی به آن، پیامدهای ناگواری را در پی خواهد داشت.

۱-۱. بیان مسئله پژوهش

در شرایط جنگ و بحران‌های شدید، سیستم عصبی بدن به طور طبیعی از مسیر عقلانی که در حالت عادی، زندگی انسانی بر آن روال است، فاصله گرفته و وارد حالت هشدار می‌شود. این واکنش طبیعی مغز به شرایط تهدیدآمیز، مکانیسم‌های مختلفی را برای بقاء فعال می‌نماید؛ این مکانیسم‌ها شامل فعال شدن دستگاه عصبی سمپاتی (Sympatic) و ترشح هورمون‌های استرس مانند کورتیزول (Cortisol)، آدرنالین (Adrenaline) و نورآدرنالین (Noradrenaline) هستند که بدن را برای واکنش‌هایی مانند جنگ و گریز (Fight or Flight) یا انجماد (Freeze) آماده می‌کنند. این واکنش‌ها در ساختار آمیگدالا (Amygdala) شکل می‌گیرند که مسئول پردازش احساسات به‌ویژه ترس و تهدید است. در مقابل، قشر پیش‌پیشانی (Prefrontal Cortex) که مسئول تفکر منطقی و کنترل احساسات است، تحت تأثیر قرار گرفته و توانایی فرد برای تفکر منطقی و مهار احساسات کاهش یافته، در چنین شرایطی سطح دوپامین (Dopamine) و سروتونین (Serotonin) نیز در مغز کاهش می‌یابد که منجر به بروز افسردگی، اضطراب و بی‌انگیزگی می‌شود. عدم قطعیت، تهدیدهای مداوم، بمباران اطلاعاتی، تغییرات سریع محیطی، ناامنی‌های اجتماعی، ترس از آوارگی و نگرانی از آینده، تروماهای تاریخی و نیز استرس‌های مزمن در شرایط جنگی، ذهن را در وضعیت هشدار نگه داشته، باعث حساسیت بیش از حد به محرک‌ها (Hypervigilance) شده و مانع از بازگشت مغز به حالت عادی می‌شود. چنانچه این وضعیت طولانی شده و کنترل نشود، فرسودگی مغز را در پی داشته و منجر به اختلالات روانی خواهد شد.

چنان‌که گفته شد، جنگ نه‌تنها ویرانی‌های فیزیکی بر جای می‌گذارد، بلکه پیامدهای عمیق و ماندگار روانی و عصب‌شناختی گسترده آن، تا سال‌ها پس از پایان جنگ، گریبان‌گیر نسل جنگ‌زده و حتی نسل‌های بعد از آن می‌شود. تأثیرات روانی و عاطفی جنگ بسیار عمیق و چندبعدی است؛ بر این اساس جنگ و شرایط بحرانی ناشی از آن، بستر شکل‌گیری و تشدید بسیاری از اختلالات روانی را فراهم می‌کند که از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد (ابراهیمی مقدم، ۱۳۹۵: ۶۷-۶۵):

- اختلال فشار روانی پس از سانحه (Post Traumatic Stress Disorder - PTSD): این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات پس از جنگ و بحران‌های نظامی است؛ افراد دچار این اختلال ممکن است کابوس‌های مکرر، افکار مزاحم، تحریک‌پذیری بالا، اجتناب از موقعیت‌های مشابه با واقعه تلخ، تغییرات منفی در شناخت و خلق و خو، برانگیختگی و واکنش‌پذیری و بی‌خوابی شدید را تجربه کنند.

- اختلال افسردگی اساسی (Major Depressive Disorders): این اختلال نیز در میان افراد درگیر نبرد، بازماندگان و حتی تماشاگران غیرمستقیم جنگ شایع است؛ افراد دچار این اختلال ممکن است احساس غم و بی‌انگیزگی، کاهش انرژی، بی‌ارزشی و ناامیدی از آینده را تجربه کنند.

- اختلالات اضطرابی (Anxiety Disorders): این اختلال نیز از شایع‌ترین اختلالات مشاهده شده در بین افرادی هست که جنگ را تجربه کرده‌اند؛ افراد دچار این اختلال ممکن است به دلیل احساس ناامنی و تکرار صداها یا تصاویر اضطراب‌زا، اختلال پانیک (Panic Disorder)، اضطراب اساسی (Generalized Anxiety Disorder)، اضطراب جدایی (Separation Anxiety Disorder) و فوبیاهای خاص را تجربه نمایند.

- اختلالات روان‌تنی (Psychosomatic Disorders): یکی دیگر از اختلالات ناشی از بحران‌های نظامی، اختلالات روان-تنی است؛ جنگ می‌تواند با ایجاد تنش‌های مزمن، منجر به بروز بیماری‌هایی با منشأ روانی شود که از جمله علائم جسمی آن می‌توان به دردهای مزمن، تپش قلب، تنگی نفس و مشکلات گوارشی اشاره کرد.

- اختلالات خواب (Sleep Disorders): این اختلال نیز از شایع‌ترین اختلالات مشاهده شده در بین افرادی هست که جنگ را تجربه کرده‌اند؛ افراد دچار این اختلال ممکن است بی‌خوابی مزمن، کابوس‌های شبانه، اختلالات ریتم شبانه‌روزی و کاهش کیفیت خواب را تجربه نمایند.

- اختلالات تغذیه (Eating Disorder): این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی مرتبط با جنگ است. افراد دچار این اختلال دچار تغییر الگو در غذا خوردن می‌شوند؛ این اختلال اغلب با بی‌اشتهایی یا پرخوری شدید بروز می‌نماید.

- اختلال پرخاشگری (Aggression Disorder): این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی مرتبط با جنگ است. افراد دچار این اختلال در نتیجه قرار گرفتن در معرض صحنه‌های خشونت‌آمیز، مرگ و ویرانی، ممکن است با حملات مکرر و غیرقابل کنترل خشم و پرخاشگری فیزیکی یا کلامی مواجه شوند.

- انزواطلبی (Isolationism): انزواطلبی و گوشه‌گیری نیز یکی از انواع اختلالات اضطرابی است که با الگویی نسبتاً ثابت از ویژگی‌های شخصیتی شامل ترس از طرد شدن، اعتماد به نفس پایین و احساس شرم و خجالت در روابط همراه است و فرد از ورود به جمع خودداری می‌کند. در شرایط جنگ، افراد ممکن است احساس انزوا و تنهایی بیشتری کنند و این امر می‌تواند به کاهش حمایت‌های اجتماعی منجر شود.

- کاهش تاب‌آوری: فرسودگی روانی و کاهش توانایی مقابله با چالش‌ها.

آسیب‌های جنگ و پیامدهای روانی آن، در میان برخی گروه‌ها شدیدتر، پایدارتر و پیچیده‌تر بروز می‌کند؛ بر اساس مطالعات روان‌شناسی جنگ، افرادی که بصورت مستقیم درگیر صحنه‌های نبرد، مرگ، جراحت و کشتار هستند، اغلب با شدیدترین نوع تروما مواجه می‌شوند (Niyonsenga et al., 2025: 144; Schwarzer, 2024: 375). کودکان و نوجوانان نیز به‌عنوان حساس‌ترین و آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه، از جمله آسیب‌پذیرترین گروه‌ها در برابر فشارهای روانی و اجتماعی جنگ هستند؛ چراکه ذهن در حال رشد آن‌ها نمی‌تواند مفاهیم پیچیده‌ای مانند مرگ، خشونت، بی‌خانمانی یا از دست دادن والدین را به‌درستی پردازش کند؛ بالاخص که تحت تأثیر اضطراب بزرگسالان قرار می‌گیرند. آنچه که آسیب‌پذیری این گروه را بیش از پیش پراهمیت می‌نماید، آن است که بسیاری از آن‌ها به سبب ناتوانی از بیان عواطف و احساسات، مجالی برای طرح مشکلات خود نمی‌یابند لذا بدون دریافت درمان صحیح، این اختلالات را تا بزرگسالی در خود حفظ کرده و به نسل‌های بعدی منتقل می‌نمایند (یونس و همکاران، ۲۰۲۵: ۳؛ ابراهیمی‌مقدم، ۱۳۹۵: ۳۹). بنابراین رسیدگی به موقع به مشکلات ناشی از جنگ این گروه، می‌تواند از تبدیل شدن آن‌ها به اختلالات مزمن جلوگیری

کرده و مانع از تأثیرات مخرب طولانی‌مدت شود. در چنین شرایطی مسئولان باید به‌جای برخورد واکنشی و مقطعی، یک برنامه جامع سلامت روان به منظور حمایت، بازتوانی و تقویت تاب‌آوری کودکان و نوجوانان در دوره پساجنگ (Post-War) تدوین و اجرا کنند. در این راستا یکی از سازه‌های مؤثر بر مدیریت و کاهش مشکلات روانی ناشی از جنگ که بسیاری از مطالعات نقش آن را تأیید کرده‌اند، تاب‌آوری (Resilience) است (بیگدلی، ۱۴۰۴: ۲؛ ترابی و احمدی، Schwarzer، 1: 1404، 2024: 375؛ Kimhi و همکاران، Eshel & Kimhi، 2: 2023، 109: 2016)؛ تاب‌آوری به معنای توانایی بازگشت به حالت اولیه یا سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط دشوار، چالش‌ها و استرس‌هاست. به عبارت دیگر، تاب‌آوری به معنای توانایی مقابله با سختی‌ها، بازیابی پس از شکست‌ها و ادامه دادن با قدرت بیشتر است. این مفهوم نه تنها به معنای تحمل مشکلات است، بلکه شامل توانایی رشد و توسعه در برابر این چالش‌ها نیز می‌شود (معینی، ۱۴۰۲: ۱۵۴). Kumpfer (1999) معتقد بود که تاب‌آوری بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر در شرایط تهدیدکننده است و از این رو سازگاری موفق را در زندگی فراهم می‌کند. تاب‌آوری به افراد امکان می‌دهد که با استرس و آسیب‌های جنگ سازگار شده، احساس کنترل درونی خود را حفظ کنند تا بتوانند با چالش‌های ناشی از جنگ، به شیوه‌ای سازنده روبه‌رو شوند (بیگدلی، ۱۴۰۴: ۴). تاب‌آوری به معنای توانایی یک فرد، گروه، یا جامعه برای سازگاری و مقابله با چالش‌ها، تغییرات، و بحران‌های ناشی از جنگ، توانایی جامعه برای حفظ انسجام، مقاومت در برابر تضعیف روحیه، و بازیابی پس از آسیب‌های جنگ است. بر این اساس، تاب‌آوری در جنگ یک مفهوم چندبعدی است که شامل آمادگی جسمی و روانی، حفظ انسجام، انعطاف‌پذیری، حمایت اجتماعی، مثبت‌اندیشی و توانایی تشخیص و مقابله با اطلاعات نادرست و اخبار تهدیدکننده جهت پیشگیری و مقابله با شوک و بحران‌های روانی و شناختی ناشی از جنگ، در عین حفظ ارزش‌ها و هویت ملی می‌شود (ترابی و احمدی، ۱۴۰۴: ۹). همچنان‌که نتایج پژوهشی نشان می‌دهد جوامع در مناطقی که تحت تأثیر درگیری‌های ژئوپلیتیکی قرار دارند، با چالش‌های عاطفی قابل توجهی روبرو هستند، از جمله احساس مداوم بی‌ثباتی و عدم اطمینان که عملکرد روزانه و توانایی‌های مقابله را مختل می‌کند. در نتیجه، افرادی که در چنین مناطقی زندگی می‌کنند به ویژه کودکان، نوجوانان و بزرگسالان جوان در معرض خطر بالای ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه هستند؛ که این علائم می‌توانند مدت‌ها پس از مواجهه اولیه ادامه داشته باشند و به شدت بر عملکرد روزانه و کیفیت زندگی تأثیر بگذارند (Shapira و همکاران، ۲۰۲۵: ۲).

در راستای مطالب اخیر، با توجه به آثار مخرب جنگ بالاخص برای نوجوانان و نظر به اهمیت سازه تاب‌آوری در بهبود پیامدهای روانی جنگ، فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی درباره واقعیات و پیامدهای روانی جنگ و نحوه مواجهه صحیح با آن‌ها، ضرورت می‌یابد. این مسأله نیازمند استقرار نهادهای تخصصی، چارچوب‌های هماهنگ و رویکردهای داده‌محور هست تا از ظرفیت‌های علمی، مردمی و نهادی رسمی کشور برای مدیریت چالش‌های موجود استفاده شود. همچنین، ضرورت دارد که ابزارهای علمی پایش سلامت روان در سطح ملی فعال شده و داده‌های دقیق و به‌روز از وضعیت روانی کودکان و نوجوانان گردآوری شود تا بر پایه شواهد علمی و معتبر، سیاست‌های مؤثر تدوین شوند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و اختلال خواب نوجوانان مبتلا به اختلال فشار روانی پس از سانحه جنگ ۱۲ روزه ایران - اسرائیل اجرا شد. بنابراین پژوهش حاضر در صدد ارائه راهکارهایی مبتنی بر بهبود و ارتقای تاب‌آوری نوجوانان، در جهت کاهش فشارهای روانی و اجتماعی جنگ و پیشگیری از انتقال پیامدهای مخرب آن به نسل آینده است.

۱-۲. پیشینه پژوهش

با توجه به نقش تاب‌آوری در بهبود عوارض اختلال فشار روانی پس از سانحه و نیز تحولات چشم‌گیر ناشی از تأثیر تاب‌آوری بر اختلالات روان‌شناختی، تاکنون مطالعات متعددی پیرامون این موضوع انجام شده که در ادامه مروری بر برخی از جدیدترین این مطالعات صورت گرفته است.

Shapira و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهشی با عنوان «تعامل تاب‌آوری شخصی و جمعی و سلامت روان در طول درگیری‌های طولانی: بینش‌هایی از جوانان در اسرائیل» از یک طرح مقطعی مکرر برای بررسی سلامت روان در میان جوانان اسرائیلی با استفاده از نمونه‌های جمع‌آوری شده قبل و بعد از حملات ۷ اکتبر و جنگ پس از آن، با تمرکز بر منابع تاب‌آوری، راهبردهای مقابله‌ای و علائم

اختلال استرس پس از سانحه استفاده کرده و نشان دادند که میزان PTSD در نمونه پس از ۷ اکتبر در مقایسه با نمونه قبل از ۷ اکتبر بطور معناداری بالاتر است. علاوه بر این، نمونه پس از ۷ اکتبر سطوح پایین‌تری از منابع تاب‌آوری و حمایت اجتماعی، همراه با انتکای بیشتر به راهبردهای مقابله عاطفی را گزارش کرد. شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه نیز در نمونه پس از ۷ اکتبر بطور معناداری بالاتر بود. تهدید ادراک شده به عنوان یک عامل خطر کلیدی ظاهر شد، در حالی که حمایت اجتماعی و تاب‌آوری شخصی به عنوان عوامل محافظتی عمل کردند. مشخص شد که استراتژی‌های مقابله عاطفی مانند سرزنش خود و اجتناب، علائم PTSD را تشدید می‌کنند؛ این یافته‌ها بر نقش حیاتی تاب‌آوری شخصی و حمایت اجتماعی در کاهش اثرات سلامت روان ناشی از ترومای شدید تأکید می‌کنند. Alanazi و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهشی با عنوان «ارزیابی اثربخشی آموزش تاب‌آوری در بین متخصصان پرستاری در عربستان سعودی» نشان دادند که آموزش تاب‌آوری با کاهش استرس و اضطراب همراه است؛ Burrell و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهشی با عنوان «برنامه وب آموزش تاب‌آوری برای کارکنان کلیدی خدمات بهداشت ملی» نشان دادند که آموزش تاب‌آوری تأثیر معناداری بر کاهش استرس و افزایش تاب‌آوری دارد؛ بختیار و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهشی با عنوان «آموزش تاب‌آوری برای کاهش سطح استرس و بهبود کیفیت زندگی دانشجویان سال اول پزشکی» نشان دادند که آموزش تاب‌آوری بر کاهش سطح استرس و بهبود کیفیت زندگی تأثیر معناداری دارد؛ شایگان و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهشی با عنوان «ایجاد تاب‌آوری: رویکردی امیدوارکننده برای کاهش اضطراب در مادران و کودکان بستری شده با جراحات سوختگی» نشان دادند که آموزش تاب‌آوری منجر به کاهش اضطراب می‌شود؛ ستاریان و همکاران (۱۴۰۴) در پژوهشی با عنوان «مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری و آموزش تنظیم شناختی هیجان بر پردازش هیجانی و اضطراب کودکان با ضرب‌آهنگ شناختی کند» نشان دادند که آموزش تاب‌آوری منجر به کاهش اضطراب کودکان با ضرب‌آهنگ شناختی کند می‌شود؛ حمیدی و همکاران (۱۴۰۴) در پژوهشی با عنوان «رابطه افسردگی و تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه حکیم سبزواری» نشان دادند که تاب‌آوری بر افسردگی دانشجویان تأثیر دارد؛ جوادی‌مغانلو و شرف‌بیانی (۱۴۰۴) در پژوهشی با عنوان «بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش اضطراب تحصیلی دانش‌آموزان ابتدایی» نشان دادند که آموزش تاب‌آوری موجب کاهش اضطراب تحصیلی دانش‌آموزان ابتدایی می‌شود؛ شهبایی مقدم و یزدانی (۱۴۰۳) با عنوان «بررسی رابطه تاب‌آوری با اضطراب امتحان دانش‌آموزان پایه ششم» نشان دادند که افزایش تاب‌آوری با کاهش اضطراب دانش‌آموزان همراه است؛ اشکان و صفاری‌نیا (۱۴۰۳) در پژوهشی با عنوان «اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر اضطراب و بهزیستی روانشناختی دانشجویان ورزشکار» نشان دادند که بین تاب‌آوری با اضطراب رابطه معناداری وجود دارد؛ مرادی و قدرتی میرکوهی (۱۴۰۲) در پژوهشی با عنوان «رابطه تاب‌آوری و امیدواری با افسردگی در سالمندان» نشان دادند که بین تاب‌آوری و امیدواری با افسردگی رابطه معناداری وجود دارد؛ کریمی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی با عنوان «اثربخشی مواجهه درمانی مداوم بر تاب‌آوری و نشانه‌های بالینی دختران آزار دیده جنسی مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب» نشان دادند که مواجهه درمانی مداوم بر تاب‌آوری باعث کاهش نشانه‌های بالینی اختلال استرس پس از آسیب می‌شود؛ Dhungana و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهشی با عنوان «تاب‌آوری و ارتباط آن با اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب و علائم افسردگی در پی تروما» نشان دادند که آموزش تاب‌آوری علائم اضطراب و افسردگی در پی اختلال استرس پس از سانحه را کاهش می‌دهد؛ محمدی شمیرانی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی با عنوان «تأثیر آموزش تاب‌آوری مبتنی بر بازی بر پرخاشگری کودکان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی» نشان دادند که آموزش تاب‌آوری مبتنی بر بازی باعث کاهش پرخاشگری کودکان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی می‌شود؛ بختیاری و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی با عنوان «مقایسه اثربخشی نمایش درمانی و آموزش تاب‌آوری بر اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به افسردگی» نشان دادند که آموزش تاب‌آوری منجر به کاهش اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به افسردگی می‌شود؛ یک‌نشان و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی با عنوان «اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری و بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری بر اختلال خواب کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی» نشان دادند که بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری موجب بهبود اختلال خواب کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی می‌شود؛ اسماعیل زاده هاشم‌آبادی و شکری پور (۱۳۹۸) در پژوهشی با عنوان «بررسی نقش میانجی کیفیت خواب در رابطه با تاب‌آوری و نشانگان استرس، اضطراب و افسردگی در دانشجویان

موسسه جهاد دانشگاهی شهرستان کاشمر» نشان دادند که کیفیت خواب در رابطه تاب‌آوری و نشانگان استرس، اضطراب و افسردگی در دانشجویان نقش میانجی دارد.

۲. مبانی نظری پژوهش

۲-۱. چیستی و ماهیت تاب‌آوری

تاب‌آوری مفهومی بین‌رشته‌ای است که برخی آن را مربوط به حوزه بوم‌شناسی و برخی دیگر آن را متعلق به علم فیزیک می‌دانند. عده‌ای نیز معتقدند که روان‌شناسی بستر تعریف واژه تاب‌آوری و مربوط به تلاش‌های گارمزی، وارنر و اسمیت است. در عین حال، تاب‌آوری را نخستین بار Holling در سال ۱۹۷۳ میلادی به عنوان مفهوم اکولوژیکی مطرح کرد، سپس Adger (2000) در نظام‌های اجتماعی، Carpenter (2001) در نظام‌های انسانی - محیطی، Berkes (2003) در نظام‌های اجتماعی - اکولوژیکی، Bruneau (2003) در مدیریت بحران کوتاه‌مدت و Timmerman (1981) در پدیده‌های بلندمدت مانند تغییرات اقلیمی به کار گرفتند. بر این اساس، از تاب‌آوری به عنوان ظرفیت بالقوه سیستم، جامعه یا اجتماع در معرض مخاطرات برای انطباق با مقاومت در برابر تغییرات به منظور رسیدن و با حفظ سطح قابل قبولی از عملکرد و ساختار یاد می‌شود. در تعریف قانون جدید سازمان مدیریت بحران کشور نیز تاب‌آوری توانایی یک نظام یا جامعه در معرض مخاطرات، برای ایستادگی، تحمل و سازگاری در برابر حوادث و سوانح و بازتوانی و بازسازی مؤثر و به موقع جامعه آسیب دیده برشمرده شده است (قانون جدید سازمان مدیریت بحران کشور، ۱۳۹۸: ماده ۳ بند «د»). از واکاوی این تعاریف می‌توان چنین استنباط کرد که تاب‌آوری به عواملی چون: (۱) ظرفیت انطباقی؛ (۲) میراث بیوفیزیکی و اجتماعی که منجر به تنوع گشته و مسیرهای اثبات شده برای بازسازی را ارائه می‌کند؛ (۳) ظرفیت مردم برای برنامه‌ریزی بلندمدت در بستری از شرایطی که عدم قطعیت و تغییر در آن وجود دارد؛ (۴) تعادل بین بازخوردهای ثابت که حائل بین سیستم و تنش‌ها و اختلافات است و نوآوری که فرصت‌های لازم برای تغییر را فراهم می‌کند؛ (۵) ظرفیت لازم برای تطبیق ساختارهای حاکمیتی تغییرهای مورد نیاز (بشیری و همکاران، ۱۴۰۰).

۲-۲. مدیریت بحران (Crisis Management)

مدیریت بحران عبارت است از مجموعه مفاهیم نظری و تدابیر عملی در ابعاد برنامه‌ریزی جهت مقابله با بحران، قبل، حین و بعد از وقوع بحران (دپارتمان امور بشردوستانه سازمان ملل، ۲۰۰۴: ۷). همچنین بر اساس تعریف مندرج در قانون جدید سازمان مدیریت بحران کشور، مدیریت بحران، نظام حاکم بر راهبردها، رویکردها، برنامه‌ها و اقداماتی است که با هدف پیش‌بینی، پیشگیری و کاهش خطر، آمادگی و پاسخ کارآمد و بازتوانی و بازسازی پس از وقوع حوادث و سوانح بصورت چرخه‌ای صورت می‌گیرد (قانون جدید سازمان مدیریت بحران کشور، ۱۳۹۸: ماده ۳ بند «ث»).

۲-۳. ضرورت تاب‌آوری در مدیریت بحران

در عصر حاضر، بحران جزء جدایی‌ناپذیر زندگی فردی، سازمانی و اجتماعی محسوب می‌شود و پدیده‌هایی نظیر جنگ، بلایای طبیعی، شیوع بیماری‌ها، بحران‌های اقتصادی و ... همواره جوامع انسانی را تهدید می‌کنند. در این راستا، تاب‌آوری و مدیریت بحران به عنوان مهم‌ترین رویکرد در مواجهه با چنین تهدیداتی به‌شمار می‌روند. امروزه تاب‌آوری راهی برای تقویت جوامع با استفاده از ظرفیت‌های آن‌ها تعریف می‌شود؛ بر اساس این نگرش، برنامه‌های مدیریت بحران و کاهش مخاطرات باید به دنبال ایجاد و تقویت ویژگی‌های جوامع تاب‌آور باشند زیرا به علت عدم پیش‌بینی کامل آسیب‌پذیری سیستم‌های اجتماعی و فراهم کردن ارزیابی‌های جامع و کلی‌نگر در مقابل مخاطرات، تاب‌آوری می‌تواند به عنوان توانایی سازگاری سامانه‌ها در برابر تغییرات، بدون فروپاشی در زمان بحران مطرح شود. تاب‌آوری به دلیل پویا بودن واکنش جامعه در برابر مخاطرات، نوعی آینده‌نگری است و به گسترش گزینش‌های سیاسی برای رویارویی با عدم قطعیت و تغییر هم کمک می‌کند (سادات، باصولی و خزائی علی‌آباد، ۱۴۰۳: ۴۷). به عبارت دیگر، تاب‌آوری به معنای توانایی نظام، جامعه یا فرد برای مقاومت (پایداری در برابر ضربه)، جذب (پذیرش شرایط جدید)، تعدیل (تغییر جهت و سازگاری) و بازیابی (بازگشت

به عملکرد مطلوب) در برابر بحران‌ها تعریف می‌شود. بر این اساس، تاب‌آوری نه فقط بازگشت به وضعیت پیشین، بلکه تداوم عملکرد و حتی بهبود وضعیت پس از بحران تعریف می‌شود (مقدسی و نیابتی، ۱۳۹۶: ۶۳).

تاب‌آوری در مدیریت بحران، یک فرایند پویا و چندبعدی است که شامل سازگاری نظام‌ها، جوامع و افراد با مختصات جدید محیطی و اجتماعی پس از وقوع بحران می‌شود؛ این مفهوم فراتر از بازگشت ساده به وضعیت پیشین است و شامل حفظ عملکرد، اتخاذ تصمیمات بهینه و بهره‌گیری از فرصت رشد در دل بحران‌هاست (ابراهیمی، ۱۳۹۸: ۱۴۴). تفاوت اصلی تاب‌آوری و مدیریت بحران با رویکردهای سنتی مدیریت آن است که تاب‌آوری بر رشد، یادگیری و ارتقاء پس از بحران تأکید دارد و صرفاً به پاسخ‌دهی سریع و کوتاه‌مدت بسنده نمی‌کند (سادات، باصولی و خزائی علی آباد، ۱۴۰۳: ۴۷). تاب‌آوری در سه سطح فردی، سازمانی و اجتماعی دارای ویژگی‌های ذیل است (حسینی، رضایی و نجیمی، ۱۳۹۶: ۲۴).

-تاب‌آوری فردی در مدیریت بحران: تاب‌آوری در سطح فردی به مجموعه‌ای از قابلیت‌ها و ویژگی‌های روانی و رفتاری افراد اشاره دارد که به آن‌ها امکان می‌دهد در وضعیت بحرانی نه تنها مقابله مؤثر داشته باشند بلکه رشد یافته‌تر از بحران خارج شوند. فاکتورهای اصلی در این بعد عبارت‌اند از: سلامت جسمی و روانی، مدیریت استرس، خودآگاهی و داشتن مهارت‌های حل مسئله. افرادی با تاب‌آوری بالا، موفق می‌شوند امور خود را حتی در شرایط دشوار ادامه دهند و پس از بحران، به وضعیت پایدار یا مطلوب‌تری بازگردند. ایجاد شبکه حمایتی خانوادگی و اجتماعی، نقش مهمی در افزایش تاب‌آوری فردی دارد.

-تاب‌آوری سازمانی در مدیریت بحران: تاب‌آوری در سطح سازمانی شامل توانایی سازمان‌ها در پیش‌بینی تهدیدات، برنامه‌ریزی منسجم، اختصاص منابع مناسب، ایجاد زیرساخت‌های مقاوم و داشتن ساختار ارتباطی شفاف است. سازمان‌های تاب‌آور، نه تنها برنامه‌های مدیریت بحران و سناریوسازی دارند، بلکه توانایی یادگیری از اشتباهات، اصلاح فرآیندها و تقویت فرهنگ مشارکت و یادگیری را دارند. سلامت روان کارکنان، اختیاردادن به تیم‌ها برای تصمیم‌گیری سریع و فرهنگ یادگیری از شکست، از مؤلفه‌های حیاتی در توسعه تاب‌آوری سازمانی است. سازمان‌هایی که بر تاب‌آوری تأکید دارند، در برابر انواع بحران‌ها از قدرت انطباق و بهبود بیشتری برخوردارند.

شایان ذکر است که، تاب‌آوری محیطی و زیرساختی یکی از مهم‌ترین ابعاد تاب‌آوری و مدیریت بحران است؛ برنامه‌ریزی برای ارتقای مقاومت زیرساخت‌ها، مدیریت منابع طبیعی، کاهش نقاط آسیب‌پذیر و تضمین تداوم خدمات حیاتی در بحران‌ها نقش کلیدی در کاهش اثرات مخرب بلایای طبیعی، صنعتی و حتی انسانی دارد. تدوین طرح‌های جامع تاب‌آوری زیرساختی و سنجش نقاط ضعف، نه تنها باعث کاهش خسارات می‌شود بلکه زمینه بازسازی سریع سیستم‌ها پس از رویدادهای بحرانی را فراهم می‌آورد. این موضوع، نیازمند اتخاذ فناوری‌های نوین، ایجاد ساختارهای مقابله‌پذیر و فرهنگ‌سازی سازمانی است.

-تاب‌آوری اجتماعی در مدیریت بحران: بعد اجتماعی تاب‌آوری و مدیریت بحران تأکید ویژه‌ای بر نقش زیرساخت‌های حیاتی (شبکه‌های آب، برق، حمل و نقل، ارتباطات)، وجود ساختارهای حمایتی منسجم، نهادهای حکمرانی شفاف، افزایش سرمایه اجتماعی و مشارکت جمعی دارد. جوامع با تاب‌آوری بالا، با وجود هجوم بحران‌ها می‌توانند عملکرد خود را حفظ کرده و پس از آن، حتی به سطح بالاتری از توسعه و پایداری برسند. حمایت اجتماعی، همبستگی، انسجام و اعتماد عمومی، همچنین انسجام فرهنگی از دیگر مؤلفه‌های مهم تاب‌آوری جمعی محسوب می‌شوند. آموزش و آگاهی‌رسانی عمومی نقش اساسی در آمادگی جامعه برای تاب‌آوری ایفا می‌کند.

چنان‌که گفته شد، افزایش تاب‌آوری و مدیریت بحران، نیازمند توسعه و تقویت مستمر در سطوح فردی، سازمانی و اجتماعی است. راهکارهای کلیدی تحقق این مهم عبارت‌اند: از آموزش مداوم مهارت‌های نرم و تصمیم‌گیری، شناسایی ریسک‌ها و تهدیدها، ترویج انعطاف‌پذیری و فرهنگ یادگیری از خطاها، تقویت زیرساخت‌ها، ایجاد سیاست‌های حمایتی و بیمه‌ای و گسترش ارتباطات و مشارکت جمعی (سادات، باصولی و خزائی علی آباد، ۱۴۰۳: ۲۹). همچنین، مدیریت هوشمند منابع، بهره‌برداری از فناوری اطلاعات و ارتقای شفافیت مدیریتی، ریشه اصلی افزایش تاب‌آوری در دنیای پیچیده امروز محسوب می‌شود. با تقویت ابعاد مختلف تاب‌آوری، جامعه و سازمان‌ها نه تنها از بحران‌ها جان سالم به در می‌برند، بلکه از بحران پل‌ی به سوی توسعه و رشد می‌سازند (بشیری و همکاران، ۱۴۰۰:

۲۶۱). بر این اساس، بدیهی است که مفهوم تاب‌آوری تنها یک رویکرد دفاعی نیست، بلکه به منزله بستری برای تحول، بهبود و دستیابی به توسعه پایدار در جهان پرچالش امروز است.

۳. روش

۳-۱. روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی؛ از نظر نوع داده‌ها، کمی؛ از نظر رویکرد، استقرایی (جزء به کل)؛ از نظر روش، نیمه‌آزمایشی (Quasi-experimental designs) با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود که از روش تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) برای تجزیه و تحلیل داده‌ها بهره گرفته شد.

روش گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر مرکب از هر دو روش مطالعات کتابخانه‌ای و روش میدانی بود؛ به این ترتیب که از روش مطالعات کتابخانه‌ای برای گردآوری اطلاعات مربوط به ادبیات و مبانی نظری و پیشینه پژوهش استفاده شد و در مرحله بعد با انتخاب پرسشنامه‌ها، از روش میدانی جهت گردآوری داده‌ها به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش استفاده شد.

۳-۲. شرکت‌کنندگان پژوهش

جامعه آماری پژوهش شامل تمام دانش‌آموزان مقطع متوسطه اول شهرری در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود که در تیر ماه سال ۱۴۰۴ دچار اختلال فشار روانی پس از سانحه جنگ ۱۲ روزه ایران - اسرائیل شده بودند. با توجه به آن که در پژوهش‌های آزمایشی، حجم نمونه برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر توصیه شده است (دلور، ۱۴۰۳: ۱۹۴)، بر اساس مطالعات انجام شده پیشین و با در نظر گرفتن حداکثر انحراف معیار ۱۰، $\alpha = 0.05$ و توان آزمون ۹۵٪، حجم نمونه ۱۲ نفر برآورد شد که با احتساب احتمال ریزش ۲۵ درصدی، در نهایت حجم نمونه به ۱۵ نفر در هر گروه ارتقاء یافت. با توجه به تعطیل بودن مدارس در تابستان، دسترسی به جامعه هدف دشوار بود، لذا نمونه‌گیری به روش دردسترس اجرا شد و ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه اول که در اثر جنگ ۱۲ روزه ایران - اسرائیل دچار اختلال فشار روانی پس از سانحه شده بودند، در قالب دو کلاس ۱۵ نفره به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. در ادامه یکی این کلاس‌ها بصورت تصادفی به گروه کنترل و کلاس دیگر به گروه آزمایش اختصاص داده شد. به منظور حفظ همسانی گروه کنترل و آزمایش، سعی شد دانش‌آموزانی که به عنوان نمونه انتخاب می‌شوند به لحاظ جنسیت، سن و معدل نزدیک به هم باشند. همچنین به منظور کاهش تفاوت‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نمونه‌ها، دانش‌آموزان دختر تماماً از یک مدرسه و دانش‌آموزان پسر هم تماماً از یک مدرسه انتخاب شدند و نمونه به دانش‌آموزانی که از نظر وضعیت اقتصادی و اجتماعی در سطح متوسط بودند، محدود شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: گزارش خانواده، انجام مصاحبه بالینی با دانش‌آموز، داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال فشار روانی پس از سانحه بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی نسخه ۵ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 - DSM5)، نمره بیشتر از ۵۰ در آزمون تشخیصی PCL-5، عدم آموزش و درمان در مراکز درمانی، روانشناسی و مشاوره، دامنه سنی ۱۲ تا ۱۶ سال، رضایت والدین و آمادگی دانش‌آموز و داشتن شرایط لازم برای ورود به پژوهش. از جمله ملاک‌های خروج از پژوهش نیز می‌توان به دریافت برنامه آموزشی یا درمانی توسط مراکز درمانی، روانشناسی و مشاوره به صورت همزمان با مداخله پژوهش، داشتن اختلال دیگری به جز اختلال فشار روانی پس از سانحه، غیبت بیش از دو جلسه از برنامه مداخله پژوهش و اظهار بی‌میلی دانش‌آموز برای ادامه شرکت در طرح پژوهش اشاره کرد.

چنان‌که گفته شد، افراد نمونه در گروه آزمایش ۱۵ دانش‌آموز (۸ دختر و ۷ پسر) مقطع متوسطه اول با میانگین سنی $14/0 \pm 85/943$ سال بودند که میانگین فشار روانی پس از سانحه آن‌ها در آزمون تشخیصی PCL-5، $62/9 \pm 13/591$ بدست آمد. همچنین افراد نمونه در گروه کنترل ۱۵ دانش‌آموز (۸ دختر و ۷ پسر) مقطع متوسطه اول با میانگین سنی $14/28 \pm 1/076$ سال بودند که میانگین فشار روانی پس از سانحه آن‌ها در آزمون تشخیصی PCL-5، $59/8 \pm 7/508$ بدست آمد.

۳-۳. ابزار

ابزار اندازه‌گیری در پژوهش حاضر شامل ۵ آزمون به شرح ذیل بود:

۱. **آزمون اختلال فشار روانی پس از سانحه و درز و همکاران (PCL5 - PTSD Checklist for DSM5):** این آزمون که در سال ۱۹۹۱ توسط Weathers و همکاران بر اساس معیارهای تشخیصی DSM برای مرکز ملی اختلال فشار روانی پس از سانحه آمریکا طراحی شد، یک پرسشنامه خوداظهاری شامل ۲۰ گویه در سطح سنجش لیکرت ۵ درجه-ای است که میزان اختلال فشار روانی پس از سانحه را توسط ۴ خرده-آزمون: مزاحمت (Intrusion)، اجتناب (Avoidance)، تغییرات منفی در شناخت و خلق (Negative Alterations in Cognition and Mood) و برانگیختگی بیش از حد (Alterations in Arousal and reactivity) مورد سنجش قرار می‌دهد. دامنه نمره این آزمون از حداقل ۰ تا حداکثر ۸۰ می‌باشد که نمرات بالاتر مبین شدت بیشتر اختلال فشار روانی پس از سانحه در فرد است. ودرز و همکاران (۱۹۹۱) در مطالعه اولیه این آزمون را روانسنجی نموده و پایایی و روایی آن را به ترتیب به روش آلفا کرونباخ و روایی همگرا تأیید کردند؛ در این مطالعه میزان پایایی به روش آزمون بازآزمون ۰/۹۶ و روایی همگرای آن با ابزار اختلال استرس پس از سانحه می-سی-سی-پی ۰/۹۳ گزارش شد. ضریب آلفا کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۲ و برای خرده-آزمون‌های مزاحمت، اجتناب، تغییرات منفی در شناخت و خلق و برانگیختگی بیش از حد به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۷۴، ۰/۷۰ و ۰/۸۵ به دست آمد. نسخه فارسی این آزمون در مطالعه‌ای که توسط ورمقانی، فتحی و پورشریفی (۱۳۹۷) انجام شد، مورد روانسنجی قرار گرفت؛ در این پژوهش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۳ گزارش و نقطه برش مطلوب برای شناسایی موارد مثبت احتمالی اختلال فشار روانی پس از سانحه در جمعیت ایرانیان ۳۳ در نظر گرفته شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج خرده-آزمون مزاحمت، اجتناب، تغییرات منفی در شناخت و خلق، برانگیختگی و بی‌قراری و بی‌حسی عاطفی را در نسخه فارسی تأیید کرد.

۲. **آزمون افسردگی بک (BDI2 - Beck Depression Inventory):** این آزمون در سال ۱۹۶۱ توسط Beck و همکاران برای سنجش میزان افسردگی طراحی و تدوین شد. در سال ۱۹۹۶ بک و همکاران برای تحت پوشش قرار دادن طیف وسیعی از نشانه‌ها و برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلالات افسردگی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، تجدید نظر اساسی در آن انجام دادند. در فرم تجدید نظر شده، برای نشان دادن نشانه‌هایی که با افسردگی شدیدتر همراه هستند مثل تشویش، احساس بی‌ارزشی، اشکال در تمرکز و از دست دادن انرژی، چهار ماده آن تغییر یافت. همچنین برای انعکاس کاهش اشتها و خواب، در دو ماده آن تجدید نظر شد. به علاوه متن یا جمله‌بندی بسیاری از ماده‌های دیگر نیز تغییر یافت. مقایسه BDI-II و BDI نشان می‌دهد که اولاً مطالعه‌شوندگان در پاسخ دادن به فرم BDI-II، یک یا دو نشانه را بیش از فرم اولیه تأیید می‌کنند و ثانیاً افراد سطوح بالاتر افسردگی بیش از افسرده‌های سطوح پایین‌تر، نشانه‌ها یا ماده‌ها را تأیید می‌کنند. آزمون BDI-II یک پرسشنامه خوداظهاری با ۲۱ سؤال است که برای سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده مورد استفاده قرار می‌گیرد و ماده‌های آن در واقع بر مبنای مشاهده و تلیخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. محتوای این پرسشنامه بطور جامع نشانه-شناسی افسردگی را نشان می‌دهند؛ اما بیشتر بر محتوای شناختی تأکید دارد. آزمودنی باید روی یک آزمون چهار درجه-ای از صفر تا سه به سئوالات این پرسشنامه که در زمینه‌هایی چون غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خودبیزاری و ... هستند، پاسخ دهد. ۲ ماده از این آزمون به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه-شناسی میان‌فردی تخصیص یافته است. از این رو این آزمون درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند. دامنه نمرات این آزمون از صفر تا ۶۳ قابل تغییر است به طوری که نمرات بین صفر تا ۱۳ مبین افسردگی بسیار خفیف یا هیچ، نمرات ۱۴ تا ۱۹ مبین افسردگی خفیف، نمرات ۲۰ تا ۲۸ مبین افسردگی متوسط و نمرات ۲۹ تا ۶۳ مبین افسردگی شدید است. بک و همکاران (۱۹۹۶) در مطالعه اولیه روایی و پایایی این آزمون را ارزیابی و تأیید نمودند. ویژگی-های روان‌سنجی نسخه ترجمه شده به فارسی این آزمون در ایران، نخستین بار در مطالعه دابسون کیت، محمدخانی و مساح چولابی (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفت و تأیید شد. در این مطالعه ضریب اعتبار کل ۰/۹۱، همبستگی با کل آزمون ۰/۶۸ و ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شد.

۳. آزمون اضطراب بک (BAI - Beck Anxiety Inventory): این آزمون در سال ۱۹۸۸ توسط بک و همکاران برای سنجش شدت بی‌قراری و اضطراب طراحی و تدوین شد. این آزمون یک پرسشنامه خوداظهاری دارای ۲۱ سؤال است. آزمودنی باید روی یک طیف چهار درجه‌ای از صفر تا سه به سؤالات این پرسشنامه که در زمینه‌هایی چون علائم ذهنی، بدنی و هراس هستند، پاسخ دهد. ۳ ماده از این آزمون به علائم ذهنی، ۱۲ ماده از این آزمون به علائم بدنی و ۶ ماده از این آزمون به هراس تخصیص یافته است. از این رو این آزمون درجات مختلف اضطراب را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند. دامنه نمرات این آزمون از صفر تا ۶۳ قابل تغییر است بطوریکه نمرات بین صفر تا ۹ مبین عدم اضطراب، نمرات ۱۰ تا ۲۰ مبین اضطراب خفیف، نمرات ۲۱ تا ۳۰ مبین اضطراب متوسط و نمرات ۳۱ تا ۶۳ مبین اضطراب شدید است. بک و همکاران (۱۹۸۸) در مطالعه اولیه روایی و پایایی این آزمون را ارزیابی و تأیید نمودند. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ترجمه شده به فارسی این آزمون در ایران، نخستین بار در مطالعه کاویانی و همکاران (۱۳۷۸) مورد بررسی قرار گرفت و تأیید شد. در این مطالعه انسجام درونی به روش بازآزمایی به فاصله یک ماه صورت گرفت و ضریب همبستگی ۰/۷۲، ضریب کاپا برای تشخیص بالینی اضطراب ۰/۸۳ و ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد.

۴. آزمون پرخاشگری ویلیامز و همکاران (AQW - Aggression Questionnaire by Williams et al): این آزمون در سال ۱۹۹۶ توسط Williams و همکاران برای سنجش میزان پرخاشگری در دو حیطه پرخاشگری فیزیکی / خشم (Physical Aggression) و پرخاشگری کلامی / خصومت (Verbal Aggression) طراحی و تدوین شد. این آزمون یک پرسشنامه خوداظهاری دارای ۲۶ سؤال است که در طیف لیکرت پنج درجه‌ای اندازه‌گیری می‌شوند. بنابراین امتیاز در کل آزمون از ۲۶ تا ۱۳۰ تغییر می‌یابد که نمرات بالاتر مبین پرخاشگری بالاتر است. ۱۴ سؤال (سؤال‌های ۱ تا ۱۴) به سنجش پرخاشگری فیزیکی و ۱۲ سؤال (سؤال‌های ۱۵ تا ۲۶) به سنجش پرخاشگری کلامی اختصاص دارد. ویلیامز و همکاران (۱۹۹۶) در مطالعه اولیه روایی و پایایی این آزمون را ارزیابی و تأیید نمودند. در این مطالعه پایایی ابزار توسط بازآزمایی و انسجام درونی آن توسط ضریب آلفا کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفت و ضریب همبستگی بازآزمایی پس از نه هفته اجرا ۰/۲۲ و ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شد و معناداری آن مورد تأیید قرار گرفت ($05/0 >$ P). ویژگی‌های روانسنجی نسخه ترجمه شده به فارسی این آزمون در ایران، نخستین بار در مطالعه محبوبی و همکاران (۱۳۹۴) مورد بررسی قرار گرفت و تأیید شد. در این مطالعه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۰ و ضریب همسانی درونی ۰/۹۱ بدست آمد و روایی همزمان آن با پرسشنامه پرخاشگری اهواز ۰/۶۸ گزارش شد.

۵. آزمون کیفیت خواب پتزبورگ (PSQI - Pittsburgh Sleep Quality Index): این آزمون که در سال ۱۹۸۹ توسط Buysse و همکاران طراحی شد، یک پرسشنامه خوداظهاری شامل ۱۸ گویه در سطح سنجش لیکرت چهار درجه‌ای است که نگرش افراد پیرامون کیفیت خواب را توسط ۷ خرده‌آزمون: کیفیت خواب ذهنی (Subjective Sleep Quality)، تأخیر در خواب (Sleep Latency)، مدت مفید خواب (Sleep Duration)، کفایت خواب (Habitual Sleep Efficiency)، اختلال‌های خواب (Sleep Disturbances)، داروی خواب‌آور (Sleep Medication) و عملکرد صبحگاهی (Daytime Functioning) مورد سنجش قرار می‌دهد. دامنه نمره این آزمون از حداقل ۰ تا حداکثر ۲۱ است که نمرات بالاتر در این آزمون مبین کیفیت پایین خواب فرد است و نمره بالاتر از ۶ دلالت بر کیفیت خواب نامطلوب دارد. بویس و همکاران (۱۹۸۹) در مطالعه اولیه این آزمون را روان‌سنجی نموده و پایایی و روایی آن را به روش آلفا کرونباخ و روایی محتوایی تأیید کردند؛ میزان پایایی به روش آلفا کرونباخ در این مطالعه بین ۰/۸۳ و اعتبار محتوایی آن ۰/۸۶ گزارش شد. نسخه فارسی این آزمون در مطالعه‌ای که توسط فرهی مقدم و همکاران (۲۰۱۲) انجام شد، مورد روانسنجی قرار گرفت؛ حساسیت و ویژگی این مطالعه به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۲ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۷۷ گزارش شد. کاکویی و همکاران (۱۳۸۹) نیز پایایی را به روش بازآزمایی ۰/۸۸ و انسجام درونی را به روش آلفا کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کرد.

۳-۴. معرفی برنامه مداخله‌ای

در پژوهش حاضر منظور از آموزش تاب‌آوری، بسته آموزشی تاب‌آوری Kruger (2006) است که در ۱۰ جلسه گروهی ۷۵ دقیقه‌ای، به مدت دو هفته (۳ روز در هفته بصورت یک روز در میان) به مشارک‌کنندگان گروه آزمایش، ارائه داده شد. بسته آموزشی تاب‌آوری این امکان را می‌دهد که بر مبنای نیازهای نوجوانان متمرکز شده، چگونگی تاب‌آوری مشارک‌کنندگان را در حالت مطلوب و غیرقابل ترس

افزایش دهد. این بسته آموزشی شامل مؤلفه‌های هیجانی، اجتماعی و شناختی است که هر کدام از این مؤلفه‌ها نیز در بر دارنده زیرمجموعه‌های آموزشی مختلفی هستند. لازم به ذکر است که این جنبه‌های تاب‌آوری به طور زنجیره‌وار واقع می‌شوند و تحت تأثیر کنش متقابل میان نوجوانان و بافت‌های خود می‌باشد. محتوای برنامه آموزشی تاب‌آوری مذکور در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای برنامه آموزشی تاب‌آوری کراگر (۲۰۰۶) به تفکیک جلسات

جلسه	هدف برنامه آموزشی	محتوای برنامه آموزشی
اول	معرفه، پیش‌آزمون، آشنایی با مفاهیم، ساختار، مراحل، روش اجرای برنامه و تکالیف	آشنایی با مخاطبان، برقراری ارتباط، انجام پیش‌آزمون، آشنا کردن مخاطبان با مفهوم تاب‌آوری و قوانین شرکت در کارگاه، آشنا کردن مخاطبان با مفاهیم، ساختار، مراحل، روش اجرای برنامه و تکالیف.
دوم	شناسایی و کنترل هیجان‌ها	شناسایی و کنترل هیجان‌ها با هدف مدیریت خشم، اضطراب، استرس و افسردگی؛ این فرآیند شامل شناخت و مدیریت هیجان می‌شود و به مخاطبان آموزش داده می‌شود تا بتوانند موقعیت‌های مناسب برای ابراز هیجانات خود را کشف کنند. شیوه شناسایی هیجان‌ها به وسیله تصاویر آموزش داده می‌شود و فعالیت‌هایی به نوجوانان آموزش داده می‌شود تا این هیجان‌های مثبت را شناسایی کرده و پرورش دهند که این راهبردها از طریق آموزش مهارت‌های آرام‌سازی عضلانی تدریجی و تمرین‌های تصویرسازی ذهنی اجرا می‌شود.
سوم	همدلی	در این جلسه مخاطبان با مفهوم همدلی آشنا شده و روش‌های پرورش و بالا بردن سطح همدلی را آموزش می‌بینند؛ رفتار نوع دوستی و سهیم شدن، یاری، پذیرش، ملاحظه و تسلی دادن به یکدیگر را فرا می‌گیرند. اصلی‌ترین کارکرد همدلی، ایجاد و تقویت ارتباطات بین‌فردی و تسهیل درک متقابل و حمایت اجتماعی است. این مهارت به افراد کمک می‌کند تا احساسات و نیازهای دیگران را بهتر درک کنند، به آن‌ها احترام بگذارند و در مواقع نیاز به آن‌ها یاری رسانند.
چهارم	خودگردانی و خودتاب‌آوری	در این جلسه مخاطبان با دو مفهوم خودگردانی و خودتاب‌آوری و تفاوت آن‌ها آشنا می‌شوند. خودگردانی مؤلفه‌ای است که نوجوانان با آن توانایی به تعویق انداختن لذت آنی و منع تکانه‌ها برای دستیابی به اهداف بعدی را کسب می‌کنند. خودتاب‌آوری به توانایی نوجوان برای سازگاری و انعطاف‌پذیری و تطبیق و سازگار کردن نیازهای موقعیت‌های مختلف اطلاق می‌شود.
پنجم	روابط مثبت و اثربخش و ابقاء آن	در این جلسه پیرامون توانایی شکل‌گیری روابط مثبت و ابقاء آن و توانایی برقراری رابطه اثربخش کلامی و غیرکلامی بحث می‌شود. ارتباطات اثربخش منجر به درک متقابل و ایجاد تأثیر مطلوب می‌شود و تغییر در نگرش، احساس یا رفتار مخاطب را در پی دارد.
ششم	حس شوخ طبعی و مشارکت گروهی اثربخش	در این جلسه حس شوخ طبعی و مشارکت گروهی اثربخش آموزش داده می‌شود؛ شوخ طبعی به عنوان یک ساز و کار دفاعی طبیعی، به افراد کمک می‌کند تا با موقعیت‌های چالش‌برانگیز بهتر کنار بیایند و از نظر روانی احساس آرامش بیشتری داشته باشند؛ چراکه شوخ طبعی منجر به کاهش تنش و استرس، تقویت روابط اجتماعی، و ایجاد احساس شادی و لذت می‌شود. همچنین، شوخ طبعی می‌تواند پلی برای برقراری ارتباطات صمیمانه‌تر و مؤثرتر باشد.
هفتم	حس خودشناسایی، خودادراکی مثبت و خوداثربخشی	در این جلسه مخاطبان حس خودشناسایی، خودادراکی مثبت و خوداثربخشی را فرا می‌گیرند. آگاهی از خود و درک چگونگی تأثیرگذاری این آگاهی بر انگیزه‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای فرد به وی کمک می‌کند تا بفهمد چه کسی هست، چه چیزهایی را دوست دارد و چگونه با دیگران تعامل می‌کند که توانایی مدیریت احساسات و واکنش‌های خود در موقعیت‌های مختلف و نیز برقراری ارتباط بهتر با دیگران و درک بهتر نیازها و دیدگاه‌های آن‌ها را در پی دارد.
هشتم	فراشناخت، حل مسأله، بررسی چرخه افکار منفی و آموزش تلاش برای رشد نگرش مثبت	در این جلسه فراشناخت، حل مسأله، بررسی چرخه افکار منفی و آموزش تلاش برای رشد نگرش مثبت آموزش داده می‌شود. فراشناخت به استعداد درک و کنترل فرایندهای ذهنی گفته می‌شود که نقش بسیار مهمی در بهبود و گسترش عملکردهای شناختی دارد. نوجوان با شناخت بهتر از خود و فرایندهای شناختی، می‌تواند تصمیمات آگاهانه‌تری گرفته و راه‌حل‌های خلاقانه‌تری برای مواجهه با مسائل اتخاذ می‌نماید.
نهم	حفظ باورها و انتظارات مذهبی یا معنوی و اهداف آینده	در این جلسه به بررسی ضرورت و چگونگی حفظ باورها و انتظارات مذهبی یا معنوی و اهداف آینده پرداخته می‌شود. باورهای معنوی می‌تواند به عنوان یک منبع حمایت اجتماعی و عاطفی عمل کند و به افراد کمک کند تا احساس آرامش و تعادل بیشتری در زندگی خود تجربه کنند. همچنین بین باورها به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه با چالش‌ها و مشکلات، معنا و هدفی برای زندگی خود بیابند و امید خود را حفظ نمایند.

جلسه	هدف برنامه آموزشی	محتوای برنامه آموزشی
دهم	تثبیت توانایی‌های آموخته شده در تمام جلسات	آخرین جلسه تثبیت‌کننده توانایی‌های فراگرفته شده در طول جلسات است و شامل یکپارچه کردن تاب‌آوری هیجانی، اجتماعی و شناختی در نوجوانان می‌شود. در این جلسه ضمن جمع‌بندی مطالب، پس‌آزمون اجرا می‌شود.

۳-۵. فرآیند اجرا

فرآیند اجرای پژوهش حاضر به این صورت بود که ابتدا به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پس از کسب تأییدیه کمیته اخلاق و مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه فرهنگیان و آموزش و پرورش شهرری، مطالعه شروع شد و از بین دانش‌آموزان مقطع متوسطه اول ناحیه دو شهرری، دانش‌آموزانی که بنا به اظهارات والدین آن‌ها دارای ملاک‌های تشخیصی اختلال فشار روانی پس از سانحه DSM-5 بودند، انتخاب شدند و بر اساس مصاحبه بالینی، ۵۰ نفر از ایشان غربال شدند و پس از آگاه شدن از موضوع پژوهش، از آن‌ها آزمون تشخیصی PCL-5 به عمل آمد و دانش‌آموزانی که بر اساس نتایج این آزمون نمره بیشتر از ۵۰ داشتند، انتخاب شده و طی جلسه‌ای اهداف پژوهش برای آن‌ها و والدینشان مطرح شد و از بین آن‌ها از دانش‌آموزانی که تحت آموزش و درمان نبودند، برای شرکت در طرح پژوهش دعوت شد و در ادامه از بین دانش‌آموزانی که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند ۳۰ نفر بصورت تصادفی انتخاب و به‌طور هدفمند بر اساس همسانی ویژگی‌های فردی و محیطی، در قالب دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. در ادامه گروه آزمایش تحت آموزش تاب‌آوری کراگر (۲۰۰۶) قرار گرفت و گروه کنترل در انتظار ماند و صرفاً از آن‌ها پیش‌آزمون و پس‌آزمون به عمل آمد. پس از انجام مداخله و جمع‌آوری داده‌ها، به منظور رعایت اصول اخلاقی، گروه کنترل نیز مورد آموزش قرار گرفت و محتوای بسته آموزش تاب‌آوری کراگر (۲۰۰۶) به آن‌ها نیز ارائه شد. آموزش تاب‌آوری توسط نویسنده دوم مقاله که از معلمان بازنشسته آموزش و پرورش و دانشجوی مقطع کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی تربیتی بود، انجام شد.

همچنین از جمله ملاحظات اخلاقی‌ای که در پژوهش حاضر به منظور جلوگیری از امکان بروز آسیب به مشارکت‌کنندگان، مورد توجه قرار گرفت می‌توان به؛ دادن اطمینان به دانش‌آموزان و والدینشان در خصوص عدم آسیب ناشی از شرکت در پژوهش، آگاه نمودن دانش‌آموزان و والدینشان از موضوع و اهداف پژوهش و کسب رضایت‌نامه کتبی از والدین هر دانش‌آموز مبنی بر رضایت ایشان از حضور فرزندشان در پژوهش، رعایت اصل آزادی در ورود و خروج مشارکت‌کنندگان به پژوهش، رعایت اصل محرمانه بودن نام و اطلاعات شرکت‌کنندگان و حفظ اصل امانت‌داری از اطلاعات ایشان و صداقت و عدم سوگیری و اعمال نظر توسط محقق و امانت‌داری علمی در خصوص اطلاعات پژوهش، اشاره نمود.

فرآیند آموزش بدین صورت بود که در ابتدای جلسه، مجری طرح خودش را بصورت کامل معرفی کرده و از شرکت‌کنندگان نیز می‌خواهد تا خودشان را به‌صورت دقیق معرفی کنند، این اطلاعات معمولاً شامل نام و نامخانوادگی، وضعیت خانوادگی و تحصیلی و علایق و سرگرمی‌ها است. سپس مجری طرح با تقسیم‌بندی شرکت‌کنندگان به گروه‌های مختلف سعی می‌کند ارتباط صمیمانه‌ای بین آن‌ها برقرار کند. در ادامه مجری طرح شرکت‌کنندگان را با اهداف و قوانین شرکت در کارگاه آشنا می‌کند و قوانین را بصورت برگه‌های توزیعی، در اختیار تک-تک شرکت‌کنندگان قرار می‌دهد تا آن‌ها را به صورت مکتوب داشته باشند. سپس در طی هر جلسه مجری طرح، ضمن ارائه محتوا و انجام تمرین‌ها، تکالیفی به شرکت‌کنندگان می‌دهد که در ابتدای جلسه بعد، پیرامون انجام این تکالیف و بازخورد آن بحث کرده و به سئوالات شرکت‌کنندگان پاسخ می‌دهد. محتوا بصورت سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ، انجام تمرین (Role Play)، ارائه تصاویر و فیلم‌های مرتبط و از طریق برگزاری جلسات آنلاین در بستر پلتفرم اسکای‌روم (Skyroom) به مشارکت‌کنندگان آموزش داده شد.

شایان ذکر است که پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جلسه اول و آخر مداخله از طریق ارسال لینک پاسخگویی به پرسشنامه‌های آنلاین در هر دو گروه کنترل و آزمایش برگزار شد و داده‌های حاصل از آن به روش تحلیل کواریانس تک متغیره تجزیه و تحلیل شد و از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۷ برای انجام محاسبات بهره گرفته شد. شایان ذکر است که قبل از اجرای این آزمون مفروضه‌های نرمال بودن

متغیرها، همسانی واریانس‌ها و خطی بودن شیب خط رگرسیون به ترتیب توسط آزمون کلموگروف اسمیرنوف یک نمونه‌ای، آزمون لوین و اثر متقابل پیش‌آزمون و مداخله در تحلیل کواریانس، مورد بررسی قرار گرفت و هر سه مفروضه تأیید شد ($P > 0/05$).

۴. نتایج و یافته‌های پژوهش

چنان‌که پیش از این عنوان شد نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از دانش‌آموزان مقطع متوسطه اول ناحیه ۲ شهرری در قالب دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش بود. میانگین و انحراف‌معیار نمره متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. توصیف متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه کنترل				گروه آزمایش			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار
افسردگی	۳۹/۹۷	۵/۰۰۲	۴۱/۷۸	۴/۲۴۲	۴۳/۸۰	۵/۵۵۸	۲۵/۸۹	۵/۷۹۶
اضطراب	۴۷/۸۰	۵/۵۵۸	۵۲/۸۹	۵/۷۹۶	۵۰/۵۱	۴/۹۸۷	۲۸/۶۰	۴/۱۷۳
پرخاشگری	۶۹/۸۲	۵/۰۱۳	۷۲/۵۵	۵/۰۸۳	۷۲/۳۵	۴/۹۲۷	۴۶/۶۴	۴/۹۱۸
اختلال خواب	۱۲/۰۴	۵/۰۷۰	۹/۷۸	۵/۷۵۸	۱۱/۱۵	۱/۹۳۸	۶/۳۸	۱/۹۵۱

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود در گروه کنترل تفاوت و روند مشخصی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون وجود ندارد اما در گروه آزمایش نمرات پس‌آزمون نسبت به نمرات پیش‌آزمون کاهش داشته است. در ادامه به منظور بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و اختلال خواب، روش آنالیز کواریانس تک‌متغیره اجرا شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره آزمون	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون	ضریب تبیین
افسردگی	مداخله	۱۸۹۵/۱۴۱	۱	۱۸۹۵/۱۴۱	۷۳/۴۵۰	۰/۰۰۰	۰/۷۲۴	۱/۰۰۰	۰/۷۳۱
	خطا	۷۲۲/۴۵۴	۲۸	۲۵/۸۰۲	۰/۰۷۷	۰/۷۸۷	۰/۰۰۳	۰/۰۵۸	
	کل	۳۶۹۷۰/۴۲۴	۳۰						
اضطراب	مداخله	۴۴۲۲/۱۷۰	۱	۴۴۲۲/۱۷۰	۱۷۳/۳۴۷	۰/۰۰۰	۰/۸۶۱	۱/۰۰۰	۰/۸۶۸
	خطا	۶۷۹/۶۶۸	۲۸	۲۵/۵۱۱	۱/۳۵۷	۰/۲۶۰	۰/۰۴۸	۰/۱۹۸	
	کل	۵۴۹۵۳/۶۵۱	۳۰						
پرخاشگری	مداخله	۵۰۳۷/۸۶۴	۱	۵۰۳۷/۸۶۴	۲۰۱/۴۱۹	۰/۰۰۰	۰/۸۷۸	۱/۰۰۰	۰/۸۹۹
	خطا	۵۷۹/۳۰۹	۲۸	۲۵/۰۱۲	۳/۵۲۸	۰/۱۰۲	۰/۱۷۰	۰/۶۰۲	
	کل	۱۱۲۳۰۷/۱۴۱	۳۰						
اختلال خواب	مداخله	۶۲/۳۰۵	۱	۶۲/۳۰۵	۱۰/۹۷۸	۰/۰۰۳	۰/۵۸۲	۰/۸۹۲	۰/۵۸۲
	خطا	۱۵۸/۹۱۷	۲۸	۵/۶۷۶	۳/۷۰۸	۰/۰۹۴	۰/۲۶۲	۰/۴۳۲	
	کل	۹۵۵/۶۸۵	۳۰						

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در مورد تمام متغیرها سطح معناداری اثر اصلی مداخله کمتر از $0/05$ و اثر اصلی پیش-آزمون بیشتر از $0/05$ به دست آمد لذا می‌توان گفت که آموزش تاب‌آوری اثر معناداری بر کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و اختلال خواب دانش‌آموزان دارای اختلال فشار روانی پس از سانحه جنگ ۱۲ روزه ایران - اسرائیل داشته است ($P < 0/05$). ضریب تبیین گویای آن بود که دانش‌آموزان گروه آزمایش که مداخله آموزش تاب‌آوری را دریافت کرده بودند، در مقایسه

با دانش‌آموزان گروه کنترل که در انتظار دریافت مداخله بودند، ۷۳ درصد کاهش علائم افسردگی، ۸۶ درصد کاهش علائم اضطراب، ۸۹ درصد کاهش علائم پرخاشگری و ۵۸ درصد کاهش علائم اختلال خواب داشتند. همچنین ضریب مجذور اتا نشان می‌دهد که مداخله آموزش تاب‌آوری به ترتیب بیشترین تأثیر را بر علائم پرخاشگری (۰/۸۷)، اضطراب (۰/۸۶)، افسردگی (۰/۷۲) و اختلال خواب (۰/۵۸) داشته است. ضمن آن که در تمام موارد توان آماری مداخله آموزش تاب‌آوری بیشتر از ۰/۷ بود که مبین مناسب بودن حجم نمونه برای بررسی اثربخشی این مداخله است.

۵. نتیجه‌گیری

در دنیایی که جنگ‌ها و بحران‌ها به طور مداوم روان و جسم انسان‌ها را تحت فشار قرار می‌دهند درک اثرات روانی این حوادث به همان اندازه اهمیت دارد که توجه به پیامدهای فیزیکی آن (بیگدلی، ۱۴۰۴). بر این اساس، مدیریت بحران واقعی در شرایط پسا جنگ، تنها به کنترل محیط محدود نمی‌شود؛ بلکه بیشتر در بازیابی اختیار از دست‌رفته مغز و بازگرداندن آن به مسیر تعادل بستگی دارد. این فرآیند نیازمند آگاهی، تمرین و تقویت مهارت‌های ذهنی و احساسات هیجانی است. با تمرین و تقویت این مهارت‌ها، افراد می‌توانند در مواجهه با بحران‌ها، نه تنها زنده بمانند، بلکه از این تجربیات حاصل، برای رشد و توسعه فردی نیز بهره‌برداری کنند. در دل بحران، می‌توان با تمرین‌هایی خاص، قشر پیش‌پیشانی را دوباره فعال کرد و از عملکرد مغزی مبتنی بر چرخه ترس به سمت آگاهی و تصمیم‌گیری منطقی حرکت کرد. تاب‌آوری یکی از مهارت‌هایی است که از طریق تنظیم هیجانات و تکیه بر ارتباطات انسانی می‌تواند سیستم عصبی پاراسمپاتیک را فعال کرده و به واسطه کاهش فعالیت آمیگدالا و افزایش فعالیت قشر پیش‌پیشانی، با حرکت از چرخه ترس به سمت آگاهی، به آرامش بدن و ذهن انسان کمک کند.

در این راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و اختلال خواب نوجوانان مبتلا به اختلال فشار روانی پس از سانحه (PTSD) جنگ ۱۲ روزه ایران - اسرائیل اجرا شد. نتایج یافته‌ها گویای آن بود که در مقایسه با گروه کنترل که آموزشی دریافت نکردند، آموزش تاب‌آوری منجر به ۰/۸۹ کاهش علائم پرخاشگری، ۰/۸۶ درصد کاهش علائم اضطراب، ۰/۷۳ کاهش علائم افسردگی و ۰/۵۸ کاهش علائم اختلال خواب نوجوانان مبتلا به اختلال فشار روانی پس از سانحه (PTSD) جنگ ۱۲ روزه ایران - اسرائیل شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های Alanazi و همکاران (۲۰۲۵)، Burrell و همکاران (۲۰۲۵)، بختیار و همکاران (۲۰۲۵)، شایگان و همکاران (۲۰۲۵)، اشکان و صفاری‌نیا (۱۴۰۳)، مرادی و قدرتی همکاران (۱۴۰۴)، جواد مغاللو و شرف‌بیانی (۱۴۰۴)، شهابی مقدم و یزدانی (۱۴۰۳)، اشکان و صفاری‌نیا (۱۴۰۳)، مرادی و قدرتی میرکوهی (۱۴۰۲)، کریمی و همکاران (۱۴۰۱)، Dhungana و همکاران (۲۰۲۲)، محمدی شمیرانی و همکاران (۱۴۰۰)، بختیاری و همکاران (۱۳۹۹)، یک‌نشان و همکاران (۱۳۹۹) و اسماعیل زاده هاشم‌آبادی و شکرپور (۱۳۹۸) هم‌راستا است.

یافته‌های پژوهش بر اساس چارچوب تاب‌آوری کامپفر (Kumpfer's Resilience Framework - ۱۹۹۹) که یک مدل تبادل بین شخص - فرآیند - بافت است، قابل تبیین است؛ وی معتقد است که تاب‌آوری نقش مهمی در بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر دارد و از این رو، سازگاری مثبت و موفق را در زندگی فراهم می‌کند. بنابراین سازگاری مثبت با زندگی، هم می‌تواند پیامد تاب‌آوری به‌شمار رود و هم به‌عنوان پیش‌آیند، سطح بالاتری از تاب‌آوری را سبب شود (دونگانا و همکاران، ۲۰۲۲: ۴۵۱).

در تبیین تأثیر آموزش تاب‌آوری بر کاهش اضطراب، چنین به نظر می‌رسد که آموزش تاب‌آوری با ارائه راهکارهای عملی، افزایش توانایی‌های فردی و مهارت‌های مقابله‌ای، به نوجوانان کمک می‌کند تا با تجربیات تلخ جنگ، بهتر کنار آمده و اضطراب ناشی از آن را کاهش دهند؛ این آموزش‌ها شامل یادگیری تکنیک‌های مدیریت استرس (مانند تنفس عمیق، مدیتیشن و تمرین‌های آرام‌سازی)، ایجاد شبکه‌های حمایتی از خانواده، دوستان و گروه‌های داوطلب در طول بحران و حفظ ارتباط با آن‌ها، تقویت مهارت‌های ارتباطی، افزایش خودآگاهی و درک احساسات و هیجانات (از طریق شناسایی و نام‌گذاری احساسات و هیجانات، یادداشت‌برداری از افکار و احساسات، شناسایی الگوهای فکری منفی و یادگیری راه‌های سالم برای ابراز هیجانات)، افزایش انعطاف‌پذیری به منظور سازگاری و انطباق با تغییرات و چالش‌ها، افزایش همدلی و تغییر دیدگاه و مثبت‌نگری از طریق تمرکز بر جنبه‌های مثبت و فرصت‌های رشد است که به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه با شرایط دشوار و فشارهای روانی ناشی از جنگ، بهتر بتوانند با اضطراب خود کنار بیایند و از

شدت آن بکاهند تا از اضطراب‌های ناشی از جنگ در امان بمانند. آموزش تاب‌آوری به نوجوانان کمک می‌کند تا سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد خود را شناسایی کرده و آن‌ها را با روش‌های مؤثرتری جایگزین کنند (دونگانا و همکاران، ۲۰۲۲: ۴۵۱). با آموزش تاب‌آوری، نوجوانان یاد می‌گیرند که چگونه در مواجهه با چالش‌ها و استرس‌ها، به جای فرار یا اجتناب، با روش‌های سالم و سازنده مقابله کنند. آموزش تاب‌آوری به نوجوانان کمک می‌کند تا با مهارت‌های حل مسئله آشنا شده و در مواجهه با مشکلات، به جای احساس درماندگی، به دنبال راه حل باشند. آموزش تاب‌آوری به نوجوانان کمک می‌کند تا با افکار منفی و وسواس گونه مقابله کنند و به جای تمرکز بر مسائل منفی، بر جنبه‌های مثبت زندگی خود متمرکز شوند. با آموزش تاب‌آوری، نوجوانان یاد می‌گیرند که در برابر تغییرات و شرایط ناخواسته، انعطاف‌پذیر باشند و به جای مقاومت، با شرایط سازگار شوند و تهدیدها را به فرصت تبدیل نمایند (بختیاری و همکاران، ۱۳۹۹: ۴۵). ضمن آن که آموزش تاب‌آوری به ایجاد فضایی امن، حمایتی و بدون قضاوت منجر می‌شود که در آن نوجوانان می‌توانند احساسات خود را بیان کنند و حمایت عاطفی لازم را دریافت کنند (اشکان و صفاری‌نیا، ۱۴۰۳: ۲۰۱۳). بنابراین آموزش تاب‌آوری با ارتقاء مهارت‌های ارتباطی و همدلی، به بهبود روابط اجتماعی نوجوانان کمک می‌کند و این امر می‌تواند به کاهش اضطراب آن‌ها منجر شود. با تقویت تاب‌آوری، اعتماد به نفس و عزت نفس نوجوانان افزایش می‌یابد و آن‌ها باور می‌کنند که توانایی غلبه بر چالش‌ها را دارند، بر این اساس می‌توانند استرس خود را بطور مؤثرتری مدیریت نموده و از اضطراب خود بکاهند.

در تبیین تأثیر آموزش تاب‌آوری بر کاهش افسردگی نوجوانان، چنین به نظر می‌رسد که آموزش تاب‌آوری با تقویت توانایی تنظیم هیجانات، به کاهش افسردگی ناشی از جنگ در نوجوانان کمک کند؛ طولانی شدن شرایط بحرانی، افراد را به سمت احساس پوچی و بی‌معنایی سوق می‌دهد؛ فقدان امید به آینده و ناتوانی در تغییر اوضاع، می‌تواند باعث بروز افسردگی شود، این در حالی است که آموزش تاب‌آوری به نوجوانان کمک می‌کند تا در مواجهه با چالش‌ها و فشارهای زندگی، احساسات منفی خود را مدیریت کرده، و از تجارب منفی به عنوان فرصتی برای رشد و یادگیری استفاده کنند. آموزش تاب‌آوری به نوجوانان کمک می‌کند تا احساسات و هیجانات خود را بهتر بشناسند و بتوانند آن‌ها را مدیریت کنند؛ این مسأله اهمیت زیادی دارد زیرا افراد افسرده اغلب در درک و مدیریت احساسات خود مشکل دارند (حمیدی و همکاران، ۱۴۰۴: ۱۷). تقویت تاب‌آوری با ایجاد حس موفقیت در مواجهه با مشکلات و چالش‌ها، اعتماد به نفس نوجوانان را افزایش داده و به آن‌ها کمک می‌کند تا در برابر احساسات منفی، ناامیدی و افسردگی مقاوم‌تر باشند. آموزش تاب‌آوری منجر به افزایش مهارت‌های حل مسئله و برقراری ارتباط موثر در نوجوانان می‌شود؛ این مهارت‌ها به نوجوانان کمک می‌کند تا با چالش‌ها و مشکلات، بطور خلاقانه و سازنده‌تری مواجه شوند؛ این مسأله به افراد کمک می‌کند تا احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشند و مانع از بروز احساسات منفی و افسردگی شوند (مرادی و قدرتی میرکوهی، ۱۴۰۲: ۲۱). داشتن روابط اجتماعی اثربخش، موجب می‌شود نوجوانان از حمایت اجتماعی برخوردار شوند؛ حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل حفاظتی در برابر افسردگی عمل می‌کند و مانع از احساس تنهایی و انزوای وی می‌شود. این محیط امن و حمایتی به نوجوانان کمک می‌کند که احساس راحتی کرده و احساسات خود را آزادانه بروز دهد و در سایه روابط اجتماعی ارتباطات مؤثر، در فعالیت‌های سرگرم‌کننده و مفیدی مانند ورزش، هنر یا فعالیت‌های داوطلبانه شرکت کرده و از انزوا و افسردگی دوری کنند (کریمی و همکاران، ۱۴۰۱: ۷۲). ضمن آن که تاب‌آوری به افراد می‌آموزد که احساسات خود را به درستی شناسایی و مدیریت کنند؛ در شرایط جنگی، احساساتی مانند ترس، اضطراب و غم طبیعی هستند، اما تاب‌آوری به افراد کمک می‌کند تا این احساسات را به جای سرکوب، بطور سالم بیان و پردازش کنند؛ این مسأله به بهبود خلق و خو کمک کرده و در نتیجه احتمال ابتلا به افسردگی را نیز کاهش دهند.

در تبیین تأثیر آموزش تاب‌آوری بر کاهش پرخاشگری نوجوانان، چنین به نظر می‌رسد که آموزش تاب‌آوری به نوجوانان کمک می‌کند تا هیجانات خود را بشناسند و نام‌گذاری کنند؛ این امر به آن‌ها امکان می‌دهد تا احساسات خود را بهتر درک کنند و بتوانند با آن‌ها به شیوه‌ای سالم‌تر ابراز کنند و به جای آنکه خشم خود را با پرخاشگری بروز دهند، آن را به عنوان یک احساس شناسایی کرده و با روش‌های دیگری مانند صحبت کردن، مراقبه کردن، ورزش کردن و ... آن را تخلیه کنند. آموزش تاب‌آوری شامل تقویت مهارت‌های مدیریت خشم و استرس است؛ وقتی نوجوانان یاد می‌گیرند چگونه خشم و استرس خود را کنترل کنند، احتمال پرخاشگری، کمتر می‌شود؛ تکنیک‌هایی مانند مدیتیشن، انجام تمرینات تنفسی و فعالیت بدنی می‌توانند به این امر کمک کنند (محمدی شمیرانی و

همکاران، ۱۴۰۰: ۳۶۳). ضمن آن که تاب‌آوری به نوجوانان کمک می‌کند تا در مواجهه با مشکلات، به جای واکنش‌های پرخاشگرانه، از روش‌های سالم‌تری چون شناسایی مشکل، یافتن راه‌حل‌های مختلف و ارزیابی پیامدهای هر کدام، برای حل مسئله استفاده کنند. آن‌ها می‌توانند با استفاده از کلمات مناسب و لحن آرام، مشکلات خود را با دیگران در میان بگذارند تا کمتر در معرض درگیری و پرخاشگری قرار گیرند (بختیاری و همکاران، ۱۳۹۹: ۴۵). وقتی نوجوانان یاد می‌گیرند چگونه با احساسات منفی خود کنار بیایند و از راه‌های سالم‌تری برای ابراز ناراضی‌تی خود بهره‌گیرند، احتمال بروز رفتارهای پرخاشگرانه در آن‌ها کاهش می‌یابد.

در تبیین تأثیر آموزش تاب‌آوری بر کاهش اختلال خواب نوجوانان، چنین به نظر می‌رسد که آموزش تاب‌آوری می‌تواند با کمک به نوجوانان در مدیریت استرس و اضطراب، تنظیم هیجانات و ایجاد عادات سالم، به‌طور غیرمستقیم کیفیت خواب آن‌ها را بهبود بخشد (اسماعیل زاده هاشم آبادی و شگری پور، ۱۳۹۸: ۲۴۷)؛ نوجوانانی که تاب‌آوری بیشتری دارند، بهتر می‌توانند با چالش‌ها و فشارهای ناشی از جنگ کنار بیایند و این امر می‌تواند منجر به کاهش بی‌خوابی، بهبود الگوهای خواب و در نهایت بهبود و ارتقاء کیفیت کلی خواب شود. با توجه به آنکه تاب‌آوری شامل توانایی درک و مدیریت هیجانات است، نوجوانانی که مهارت‌های تنظیم هیجانی را آموزش دیده‌اند، می‌توانند از طریق ارتقاء مهارت‌های مقابله‌ای سالم مانند حل مسئله، تنظیم هیجانات و تفکر مثبت، هیجانات منفی خود مانند خشم، اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری را به شیوه‌ای سالم‌تر مدیریت کنند و این امر می‌تواند به کاهش اختلالات خواب ناشی از افکار و احساسات منفی در هنگام خواب کمک نماید. آموزش تاب‌آوری اغلب شامل تشویق به ایجاد و حفظ عادات سالم، از جمله عادات تغذیه‌ای و خواب سالم و فعالیت‌بدنی روزانه است؛ این عادات می‌توانند شامل ایجاد یک برنامه خواب منظم، محدود کردن مصرف کافئین و غذاهای محرک و ایجاد یک محیط خواب آرام و تاریک باشند. با رعایت این عادات، نوجوانان می‌توانند کیفیت خواب خود را بهبود بخشند (نیک‌نشان و همکاران، ۱۳۹۹: ۸۲). با کاهش استرس و اضطراب، تنظیم هیجانات، بهبود عادات تغذیه و فعالیت بدنی روزانه، نوجوانان ممکن است بطور طبیعی الگوهای خواب بهتری را تجربه کنند؛ این تغییر الگو می‌تواند شامل خوابیدن به موقع، بیدار شدن در زمان مناسب و داشتن خواب عمیق‌تر و با کیفیت‌تر در شرایط پس از جنگ باشد.

به‌طور کلی آموزش تاب‌آوری به نوجوانان مبتلا به اختلال فشار روانی پس از سانحه جنگ ۱۲ روزه ایران - اسرائیل، می‌تواند از طریق افزایش مهارت‌های مقابله‌ای، بهبود تنظیم هیجانی و تقویت توانایی مدیریت خشم و استرس، تفکر مثبت، ایجاد شبکه حمایتی، حفظ روتین‌های روزانه مانند خواب کافی، تغذیه سالم و فعالیت بدنی و انجام فعالیت‌های آرام‌بخش (مانند تنفس عمیق، مدیتیشن و تمرین ذهن آگاهی) به بهبود علائم و نشانه‌های این اختلال کمک نماید. این آموزش‌ها با فراهم کردن ابزارهایی برای درک و پردازش تجربیات آسیب‌زا و افزایش انعطاف‌پذیری روانی نقش مهمی در کاهش علائم و نشانه‌های اختلال فشار روانی پس از سانحه و حملات پانیک ناشی از آن ایفا می‌کنند.

بر این اساس، در دوران پس از جنگ دولت، خانواده، مدارس و رسانه در ترمیم روان نوجوانان آسیب‌دیده مسئول هستند؛ در این راستا راهکارهای ذیل در جهت کاهش اثرات روانی جنگ و ارتقاء سلامت روان نوجوانان آسیب‌دیده، پیشنهاد می‌شود:

- ایجاد مراکز مداخله روانی فوری در مناطق آسیب‌دیده با تیم‌های تخصصی روان‌شناسی، روان‌پزشکی، مددکاری اجتماعی و آموزش‌دیدگان در حوزه مداخله برای ترومای جمعی از وظایف دولت می‌باشد؛ تسهیل دسترسی رایگان یا با پوشش بیمه‌های پایه، به خدمات روان‌درمانی برای گروه‌های حساس مانند کودکان و نوجوانان، سالمندان، مادران باردار و خانواده‌های شهدا یا آسیب‌دیدگان و آموزش عمومی کارکنان مدارس، مراکز بهداشت و نهادهای امدادی درباره روان‌شناسی بحران، اختلالات پس از سانحه و کمک‌های اولیه روانی (*Psychological First Aid*) از وظایف دولت در دوران پساجنگ برای تأمین سلامت روان جامعه آسیب‌دیده است.

- خانواده، به‌عنوان نخستین محیط اجتماعی کودک، نقشی بی‌بدیل در پایداری روانی و کاهش تنش‌های ناشی از شرایط جنگی ایفا می‌کند. در چنین شرایطی، حمایت عاطفی مستمر والدین، ایجاد فضای امن روانی در محیط خانه و ترویج احساس کنترل‌پذیری بر شرایط، از جمله عوامل مؤثر برای پیشگیری از بروز آسیب‌های عمیق روانی محسوب می‌شوند. به همین دلیل، توانمندسازی والدین در مدیریت هیجانات، پاسخ‌دهی مناسب به پرسش‌ها و نگرانی‌های فرزندان و آموزش روش‌های ساده

مداخله روانی اولیه، اهمیت ویژه‌ای دارد. از سوی دیگر، نهادهای محلی شامل مساجد، پایگاه‌های بسیج، انجمن‌های فرهنگی و خیریه‌ها، می‌توانند به‌عنوان بازوهای پشتیبان خانواده‌ها عمل کنند؛ این نهادها با طراحی و اجرای برنامه‌های جامعه‌محور همچون: برگزاری کارگاه‌های آموزشی، ایجاد گروه‌های حمایتی والدین و انجام فعالیت‌های جمعی با محوریت بازی، هنر و ورزش، ظرفیت تاب‌آوری اجتماعی را افزایش می‌دهند. در این راستا، ایجاد شبکه‌های محلی داوطلبانه متشکل از روان‌شناسان، مشاوران و معلمان بازنشسته، می‌تواند به افزایش دسترسی خانواده‌ها به خدمات حمایتی کمک کند. همچنین، ترویج روایت‌های بومی امیدبخش و تقویت هویت ملی از طریق برنامه‌های فرهنگی محلی، اثرات مثبت روانی در شرایط جنگی ایجاد می‌کند. در مجموع، سیاست‌گذاران باید حمایت هدفمند از نهادهای خانواده‌محور و محلی را در دستور کار قرار دهند تا از این طریق پایداری روانی کودکان و نوجوانان در شرایط بحرانی حفظ شود.

- مدارس، کانون‌های تربیتی و مراکز مشاوره به‌عنوان نخستین خطوط تماس اجتماعی با گروه‌های سنی کودک و نوجوان، ظرفیت ویژه‌ای برای شناسایی زود هنگام نشانه‌های روانی ناشی از بحران دارند. در شرایطی که کشور با تهدیدات نظامی و جنگی مواجه است، ضرورت بازآرایی کارکردهای این نهادها به سمت یک الگوی حمایت روانی - اجتماعی اجتناب‌ناپذیر است. نظام آموزشی می‌تواند با طراحی بسته‌های ویژه آموزشی و تربیتی، معلمان و کادر مدارس را برای تشخیص علائم اولیه اضطراب، افسردگی، اختلال خواب یا مشکلات رفتاری تجهیز نماید. این بسته‌ها باید مبتنی بر اصول روان‌شناسی بحران و باتوجه به حساسیت‌های سنی و جنسیتی تنظیم شوند. همچنین، واحدهای مشاوره مدارس و مراکز تربیتی باید به یک ساختار فعال و چابک برای ارجاع سریع موارد پرخطر به شبکه‌های تخصصی روان‌درمانی تبدیل شوند. یکی از الزامات مهم در این زمینه، تدوین دستورالعمل‌های استاندارد برای ارزیابی روانی در محیط‌های آموزشی، برگزاری دوره‌های بازآموزی فوری برای مشاوران و روان‌شناسان و طراحی پروتکل‌های هماهنگی میان مدارس و مراکز بهداشت است. بهره‌گیری از فناوری‌های نوین مانند ایجاد سکوه‌های دیجیتال برای غربالگری سلامت روان و ثبت موارد مشکوک، می‌تواند سرعت و دقت مداخلات را افزایش دهد.
- ارائه محتوای آموزش تاب‌آوری توسط مشاوران و روان‌شناسان، از طریق رسانه‌های ملی که نقش مهمی در بهبود علائم و نشانه‌های اختلال فشار روانی پس از سانحه جنگ ۱۲ روزه ایران - اسرائیل، بالاحص افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و اختلال خواب ایفا می‌نمایند. این امر می‌تواند شامل تولید برنامه‌های تلویزیونی، فیلم و سریال‌ها، گفتگوهای کارشناسی و مستندها باشد که بطور تخصصی به موضوع تاب‌آوری می‌پردازند و راهکارهای عملی برای آموزش و ارتقاء آن ارائه دهند. همچنین انتشار مقالات آموزشی، طراحی اینفوگرافیک، توزیع بروشورها و تولید پادکست‌ها با محتواهایی علمی و قابل درک برای عموم افراد در شبکه‌های اجتماعی، وبسایت‌ها و مجلات و برگزاری کارگاه‌ها و وبینارهای آموزشی حضوری و آنلاین برای والدین و مربیان که روش‌های مؤثر تقویت تاب‌آوری را آموزش و اشاعه داده و علائم و نشانه‌های اختلال فشار روانی پس از سانحه را دهند.
- طراحی اپلیکیشن‌های موبایل محور برای ارائه محتوای آموزشی، بهره‌گیری از شبکه‌های اجتماعی برای انتشار محتوای آموزشی و برقراری ارتباط با مخاطبان و نیز استفاده از فناوری‌های نوینی چون واقعیت مجازی (Virtual Reality - VR) و واقعیت افزوده (Augmented Reality - AR) برای ارائه تجربیات آموزشی و تعاملی در زمینه ارتقاء تاب‌آوری.

۶. سپاسگزاری

به این وسیله از نوجوانانی که در پژوهش حضور داشتند و خانواده‌هایشان که با پژوهشگران همکاری نموده و مسئولین مدارس ناحیه دو شهر ری که پژوهشگران را در پیشبرد اهداف علمیشان یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. در نهایت، این اثری است کوچک، بسیار کوچک و شاید هیچ؛ اما به رسم ادب، تقدیم به تمام مردم سرزمینم که جلوه‌ای باشکوه از اتحاد و همدلی را در پایداری در مقابل این تجاوز غیرانسانی به نمایش گذاشته و از تمامیت ارضی کشور دفاع نمودند و کادر محترم درمان که متعهدانه ارائه خدمت نموده و مصدومان و مجروحان جنگ را پشتیبانی کردند و نیز تقدیم به روح تمام هم‌وطنان عزیزی که در این جنگ از دست دادیم. بالاحص ۴۷ کودک و نوجوانی که در این جنگ جانشان را از دست دادند...

۵. منابع

- ابراهیمی، علی‌رضا (۱۳۹۸). «طراحی مدل تاب‌آوری در شرایط بحران بر مبنای نهادینه‌سازی یادگیری سازمانی مدیران و کارشناسان (مورد مطالعه: سازمان هلال احمر کل کشور)»، *مجله توانمندسازی سرمایه انسانی*. ۲(۲)، ۱۴۵-۱۵۵. [Link]
- ابراهیمی‌مقدم، حسین (۱۳۹۵). *روان‌شناسی جنگ*، چاپ اول، تهران: عالی تبار.
- اسماعیل زاده هاشم آبادی، راضیه؛ شکری پور، ملیحه (۱۳۹۸). «بررسی نقش میانجی کیفیت خواب در رابطه با تاب‌آوری و نشانگان استرس، اضطراب و افسردگی در دانشجویان موسسه جهاد دانشگاهی شهرستان کاشمر»، *نخستین همایش بین‌المللی تدبیر علوم مدیریتی، تربیتی، اجتماعی و روان‌شناسی در افق ایران ۱۴۰۴*. مشهد. ایران. [Link]
- آسیانیوز — گزارشگر ۵۴۸ (۱۰ تیرماه ۱۴۰۴). «افزایش آمار تلفات جنگ ایران و اسرائیل؛ ۹۳۵ کشته». آسیانیوز. کد خبر: ۳۰۵۳۳. اشکان، ساناز؛ صفاری‌نیا، مجید (۱۴۰۳). «اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان ورزشکار»، *پویایی روان‌شناختی در اختلال‌های خلقی*. ۳(۴)، ۲۱۵-۲۰۴. [Link]
- بختیاری، زهرا؛ اسدی، جوانشیر؛ بیانی، علی اصغر (۱۳۹۹). «مقایسه اثربخشی نمایش درمانی و آموزش تاب‌آوری بر اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به افسردگی»، *مدیریت ارتقای سلامت*. ۹(۵)، ۴۷-۳۴. [Link]
- بشیری، سعید؛ بیات، بهرام؛ جمشیدی، شروین؛ صالح زاده، رضا (۱۴۰۰). «سیر تکوین و تحول الگوهای مفهومی تاب‌آوری در مدیریت بحران جوامع»، *امنیت ملی*. ۱۱(۳۹)، ۲۸۸-۲۵۹. [Link]
- بیگدلی، سمیه (۱۴۰۴). «تاب‌آوری روانی و انگیزش در شرایط بحران و جنگ: رویکردی روانشناختی برای کاهش آسیب‌های روانی در موقعیت‌های پرتنش»، *مجله علمی تخصصی پایتشر*. ۷(۷۷). [Link]
- ترابی، حسن؛ احمدی، فاطمه (۱۴۰۴). «تاب‌آوری شناختی در برابر جنگ شناختی علیه ایران: مؤلفه‌ها، تحلیل و راهکارهای ارتقا»، *شناخت پژوهی مطالعات سیاسی*. ۲(۱)، e219219. [Link]
- جوادی‌مغانلو، پروین؛ شرف‌بیانی، فرشته (۱۴۰۴). «بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش اضطراب تحصیلی دانش‌آموزان ابتدایی»، *پیش‌چاپ*. [Link]
- حسینی، سیدعبدالرسول؛ رضایی، زهرا؛ نجیمی، نجم (۱۳۹۶). *تاب‌آوری؛ رویکردی نوین در مدیریت بحران*، چاپ اول. تهران: ارسطو.
- حمیدی، مریم؛ یزدی، زهرا؛ غلام‌پور، میثم (۱۴۰۴). «رابطه افسردگی و تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه حکیم سبزواری»، اولین همایش ملی پژوهش‌های نوین در تاب‌آوری، امید به زندگی و نوآوری‌های آموزشی. دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار. ایران. [Link]
- دابسون کیت، استفان؛ محمخانی، پروانه؛ مساح چولابی، امید (۱۳۸۶). «مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک ۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی»، *مجله توانبخشی*. ۸، ۸۲-۰. [Link]
- دلاور، علی (۱۴۰۳). *کتاب روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*. چاپ پنجاه و نهم. تهران: ویرایش.
- سادات، منا؛ باصولی، مهدی؛ خزائی علی‌آباد، مینا (۱۴۰۳). «شناسایی عوامل موثر بر مدیریت بحران و تاب‌آوری در جامعه مقصد گردشگری (مورد مطالعه: استان تهران)». *گردشگری و توسعه*. (e214691). [Link]
- ستاریان، رفعت؛ نقی اقدسی، علی؛ آقاپور، مهدی؛ محب، نعیمه (۱۴۰۴). «مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری و آموزش تنظیم شناختی هیجان بر پردازش هیجانی و اضطراب کودکان با ضرب‌آهنگ شناختی کند»، *پویایی روانشناختی در اختلال‌های خلقی*. ۴(۱)، ۱۷۲-۱۸۸. [Link]
- شهابی‌مقدم، پروانه؛ یزدانی، ماریا (۱۴۰۳). «بررسی رابطه تاب‌آوری با اضطراب امتحان دانش‌آموزان پایه ششم، نهمین کنفرانس ملی رویکردهای نوین در آموزش و پژوهش، محمودآباد. ایران. [Link]
- کاکویی، حسین؛ زارع، سجاد؛ اخلاقی، اصغر؛ پناهی، داوود (۱۳۸۹). «بررسی کیفیت خواب رانندگان حرفه‌ای در پایانه‌های بین شهری (مورد مطالعه: شهر تهران)»، *مطالعات مدیریت ترافیک*. ۵(۱۶)، ۱-۱۰. [Link]

- کاوایانی، حسین؛ موسوی، اشرف‌سادات (۱۳۸۷). «ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی». *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*. ۶۶ (۲)، ۱۳۶-۱۴۰. [Link]
- کریمی، سمیره؛ متقی، شکوفه؛ مرادی، افسانه (۱۴۰۱). «اثربخشی مواجهه درمانی مداوم بر تاب‌آوری و نشانه‌های بالینی دختران آزار دیده‌ی جنسی مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۲۰ (۱): ۷۳-۵۹. [Link]
- محبوبی، طاهر؛ سلیمی، حسین؛ حسینی، سیدعدنان (۱۳۹۴). «تأثیر آموزش خودکنترلی هیجانی بر کاهش پرخاشگری کلامی دانشجویان دانشگاه پیام نور». *دوفصلنامه شناخت اجتماعی*. ۴ (۲)، ۱۳۶-۱۲۴. [Link]
- محمدی شمیرانی، سمانه؛ سعدی پور، اسماعیل؛ درتاج، فریبرز؛ ابراهیمی قوام، صغری؛ فلسفی نژاد، محمدرضا (۱۴۰۰). «تأثیر آموزش تاب‌آوری مبتنی بر بازی بر پرخاشگری کودکان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی»، *مجله علوم روانشناختی*. ۲۰ (۹۹): ۳۶۴-۳۵۳. [Link]
- مرادی، شهرزاد؛ قدرتی میرکوهی؛ مهدی (۱۴۰۲). «رابطه تاب‌آوری و امیدواری با افسردگی در سالمندان»، *پرستاری سالمندان*. ۹ (۳)، ۲۲-۹. [Link]
- معینی، مه‌ری (۱۴۰۲). «نگاهی تطبیقی بر مدل‌های تاب‌آوری دانش‌آموزان دوره ابتدایی»، *فصلنامه رویکردی نو بر آموزش کودکان*. ۵ (۲)، ۱۶۰-۱۵۲. [Link]
- نیک‌نشان، شکوفه؛ گل پرور، محسن؛ عابدی، احمد؛ نصری، پیمان؛ فاموری، فاطمه (۱۳۹۹). «اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری و بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری بر اختلال خواب کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی»، *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*. ۷ (۱): ۸۵-۷۵. [Link]
- هندرسن، نان؛ بنارد، بانی؛ شارپ-لایت، نانسی (۱۳۹۶). *کتاب رهنمای تاب‌آوری، مترجمان: محمدرضا مقدسی و هما نیابتی*. چاپ سوم. تهران: ورجاوند.
- ورمقانی، حمیرا؛ فتحی آشتیانی، علی؛ پورشریفی، حمید (۱۳۹۷). «بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی فهرست اختلال استرس پس از ضربه منطبق با ویراست پنجم نظام تشخیصی و آماری اختلالات روانی»، *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۹ (۳)، ۱۴۲-۱۳۱. [Link]

References

- Alanazi, H., Alreshidi, N., Alrimali, A., Alshammari, W., Elsharif, N., Teodosio, M., Gonzales, K., Gaspar, F., Tabungar, D., Alshammri, M. (2025). Evaluating the Effectiveness of Resilience Training among Nursing Professionals in Saudi Arabia. *Open Nurs J*. 19: e18744346361498. [Link]
- Ashkan, S., & Saffarinia, M. (2024). The effectiveness of resilience training on anxiety and psychological well-being of student athletes. *Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 3(4), 204-215. [Link] [In Persian]
- Asianews. (2025, June 30). Increase in casualties of the Iran-Israel war; 935 deaths. Asianews, Report No. 548, News Code: 30533. [In Persian]
- Bakhtiar, I. K. A., Syamsuddin, S., Limoa, E., Zainuddin, A.A., Suhuyanli, I., Santy, I., Lisal, S. T. (2025). Resilience training to reduce stress levels and improve the quality of life for first-year medical students at Hasanuddin University. *Education in Medicine Journal*. 17(2):69-84. [Link]
- Bakhtiar, Z., Asadi, J., & Bayani, A. A. (2020). Comparing the effectiveness of drama therapy and resilience training on anxiety and aggression in children with depression. *Health Promotion Management*, 9(5), 34-47. [Link] [In Persian]
- Bashiri, S., Bayat, B., Jamshidi, S., & Salehzadeh, R. (2021). Evolution of conceptual models of resilience in crisis management of societies. *National Security*, 11(39), 259-288. [Link] [In Persian]
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 56: 893-7. [Link]
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory-II (BDI-II) [Database record]. *APA PscTests*. [Link]
- Bigdeli, S. (2025). Psychological resilience and motivation in crisis and war conditions: A psychological approach to reducing psychological harm in high-stress situations. *Payashahr Scientific Journal*, 7(77). [Link] [In Persian]

- Burrell, Joanna., Baker, Felicity., Bennion, Matthew Russell. (2025). Resilience Training Web App for National Health Service Keyworkers: Pilot Usability Study. *JMIR Med Educ.* 11, e51101. [\[Link\]](#)
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatry Research.* 28, 193-213.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T. (2003). Development of new resilience scale: the connor - Davidon, Resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2): 76-82. [\[Link\]](#)
- Delavar, A. (2024). *Research methods in psychology and educational sciences* (59th ed.). Tehran: Virayesh. **[In Persian]**
- Dhungana, Saraswati., Koirala, Rishav., Ojha, Saroj Prasad., Thapa, Suraj Bahadur. (2022). Resilience and its association with post-traumatic stress disorder, anxiety, and depression symptoms in the aftermath of trauma: A cross-sectional study from Nepal. *SSM - Mental Health.* 2, 100135. [\[Link\]](#)
- Dobson, K. S., Mohammadkhani, P., & Massah Choulabi, O. (2007). Psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory-II in a large sample of patients with major depressive disorder. *Rehabilitation Journal,* 8, 0-82. [\[Link\]](#) **[In Persian]**
- Ebrahimi, A. R. (2019). Designing a resilience model in crisis conditions based on institutionalizing organizational learning among managers and experts (Case study: Iranian Red Crescent Society). *Journal of Human Capital Empowerment,* 2(2), 145-155. [\[Link\]](#) **[In Persian]**
- Ebrahimi-Moghadam, H. (2016). *Psychology of war* (1st ed.). Tehran: Alitabar. **[In Persian]**
- Eshel, Y. & Kimhi, S. (2016). Community Resilience of Civilians at War: A New Perspective. *Community Mental Health Journal,* 52(1): 109-117. [\[Link\]](#)
- Esmailzadeh Hashemabadi, R., & Shokripour, M. (2019). Examining the mediating role of sleep quality in the relationship between resilience and symptoms of stress, anxiety, and depression among students of the Academic Center for Education, Culture and Research in Kashmar. In *Proceedings of the First International Conference on Management, Educational, Social and Psychological Sciences in the Horizon of Iran 2025.* Mashhad, Iran. [\[Link\]](#) **[In Persian]**
- Farrahi Moghaddam, J., Nakhaee, N., Sheibani, V., Garrusi, B., Amirakafi, A. (2012). Reliability And Validity Of The Persian Version Of The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-P). *Sleep And Breathing.* 16(1), 79-82. [\[Link\]](#)
- Hamidi, M., Yazdi, Z., & Gholampour, M. (2025). The relationship between depression and resilience among students of Hakim Sabzevari University. In *Proceedings of the First National Conference on New Research in Resilience, Hope for Life, and Educational Innovations.* Sabzevar, Iran. [\[Link\]](#) **[In Persian]**
- Henderson, N., Benard, B., & Sharp-Light, N. (2017). *Resiliency in action: A guide to resilience* (M. R. Moghaddasi & H. Niabati, Trans., 3rd ed.). Tehran: Varjavand. **[In Persian]**
- Hosseini, S. A., Rezaei, Z., & Najimi, N. (2017). *Resilience: A new approach in crisis management* (1st ed.). Tehran: Arasto. **[In Persian]**
- Javadi-Maghanlou, P., & Sharaf-Bayani, F. (2025). The effectiveness of resilience training on reducing academic anxiety among elementary school students. *Preprint.* [\[Link\]](#) **[In Persian]**
- Kakouei, H., Zare, S., Akhlaghi, A., & Panahi, D. (2010). Sleep quality among professional drivers in intercity terminals (Case study: Tehran). *Traffic Management Studies,* 5(16), 1-10. [\[Link\]](#) **[In Persian]**
- Karimi, S., Motaghi, S., & Moradi, A. (2021). The effectiveness of prolonged exposure therapy on resilience and clinical symptoms among sexually abused girls with post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology and Personality,* 20(1), 59-73. [\[Link\]](#) **[In Persian]**
- Kaviani, H., & Mousavi, A. S. (2008). Psychometric properties of the Beck Anxiety Inventory in different age and gender groups of the Iranian population. *Journal of the School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences,* 66(2), 136-140. [\[Link\]](#) **[In Persian]**
- Kimhi, S., Eshel, Y., Marciano, H. and Adini, B. (2023). Impact of the war in Ukraine on resilience, protective, and vulnerability factors. *Front. Public Health.* 11, 1053940. [\[Link\]](#)
- Kruger, L. (2006). Resilience enhancement Kit design. *University of Pretoria,* 162-193. [\[Link\]](#)
- Mahboubi, T., Salimi, H., & Hosseini, S. A. (2015). The effect of emotional self-control training on reducing verbal aggression among Payame Noor University students. *Social Cognition Quarterly,* 4(2), 124-136. [\[Link\]](#) **[In Persian]**
- Moeini, M. (2023). A comparative review of resilience models among elementary school students. *New Approach to Children's Education Quarterly,* 5(2), 152-160. [\[Link\]](#) **[In Persian]**
- Mohammadi Shmirani, S., Saadipour, E., Dortaj, F., Ebrahimi Ghavam, S., & Falsafinejad, M. R. (2021). The effect of resilience-based play training on aggression among children under the supervision of the Welfare Organization. *Journal of Psychological Sciences,* 20(99), 353-364. [\[Link\]](#) **[In Persian]**
- Moradi, S., & Ghodrati Mirkouhi, M. (2023). The relationship between resilience, hope, and depression among the elderly. *Journal of Gerontological Nursing,* 9(3), 9-22. [\[Link\]](#) **[In Persian]**

- Nikneshan, S., Golparvar, M., Abedi, A., Nasri, P., & Famouri, F. (2020). The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy and resilience-based play therapy on sleep disorders in children with functional abdominal pain. *Nursing Rehabilitation Research Journal*, 7(1), 75–85. [\[Link\]](#) **[In Persian]**
- Niyonsenga, J., Jansen, S., Rutembesa, E., Hermans, E., Monacelli, N., Caricati, L. (2025). Resilience frameworks, measurement tools, and transmission processes in the context of man-made collective trauma: a meta-synthesis and multilevel meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 16(1), 2582455. [\[Link\]](#)
- Sadat, M., Basouli, M., & Khazaei Aliabad, M. (2024). Identifying factors affecting crisis management and resilience in tourism destination communities (Case study: Tehran Province). *Tourism and Development*, e214691. [\[Link\]](#) **[In Persian]**
- Sattarian, R., Nagh-Aghdasi, A., Aghapour, M., & Moheb, N. (2025). Comparing the effectiveness of resilience training and cognitive emotion regulation training on emotional processing and anxiety in children with sluggish cognitive tempo. *Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 4(1), 172–188. [\[Link\]](#) **[In Persian]**
- Schwarzer, R. (2024). Stress, resilience, and coping resources in the context of war, terror, and migration. *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 57, 101393. [\[Link\]](#)
- Shahabi Moghaddam, P., & Yazdani, M. (2024). The relationship between resilience and test anxiety among sixth-grade students. In *Proceedings of the Ninth National Conference on New Approaches in Education and Research*. Mahmoudabad, Iran. [\[Link\]](#) **[In Persian]**
- Shapira, S., Sold, A., Refaeli, T. (2025). The Interplay of Personal and Collective Resilience and Mental Health During Prolonged Conflict: Insights From Young Adults in Israel. *Stress Health*. 41(3), e70047. [\[Link\]](#)
- Shaygan, Maryam., Dehghan Manshadi, Zobeydeh., Alsadat Hosseini, Fahimeh., Shaygan, Maryam. (2025). Building resilience: A promising approach to reduce anxiety in mothers and hospitalized children with burn injuries. *Burns*. 51(2): 107374. [\[Link\]](#)
- Torabi, H., & Ahmadi, F. (2025). Cognitive resilience against cognitive warfare targeting Iran: Components, analysis, and strategies for improvement. *Cognitive Studies of Political Research*, 2(1), e219219. [\[Link\]](#) **[In Persian]**
- Vormaghani, H., Fathi Ashtiani, A., & Poursharifi, H. (2018). Psychometric properties of the Persian version of the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist based on DSM-5. *Quarterly Journal of Applied Psychological Research*, 9(3), 131–142. [\[Link\]](#) **[In Persian]**
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., Schnurr, P.P. (1993). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5): Reliability, validity, and diagnostic utility. Annual convention of the international society for traumatic stress studies, *San Antonio*, 462. [\[Link\]](#)
- Williams, T. Y., Boyd, J. C., Cascardi, M. A., Poythress, N. (1996). Factor structure and convergent validity of the Aggression Questionnaire in an offender population. *Psychological Assessment*, 8(4), 398. [\[Link\]](#)